

Số: /QĐ-YTKVKS

Đông Khánh Sơn, ngày tháng 9 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành Quy trình kỹ thuật điều dưỡng, hộ sinh

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC KHÁNH SƠN:

Căn cứ Quyết định số 37/QĐ-UBND ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Ủy ban nhân dân tỉnh Khánh Hòa tổ chức lại Trung tâm Y tế huyện Khánh Sơn thành Trung tâm Y tế khu vực Khánh Sơn;

Căn cứ Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế Quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 26/2013/TT-BYT ngày 16/9/2013 của Bộ Y tế về Hướng dẫn hoạt động truyền máu;

Căn cứ Quyết định số 4068/QĐ- BYT 29/07/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29/3/2004 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình chăm sóc người bệnh tập II;

Căn cứ Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản;

Căn cứ Quyết định 1904/ QĐ- BYT ngày 30/5/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức- Cấp cứu và Chống độc;

Căn cứ Quyết định số 3805/QĐ- BYT 25/9/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa;

Căn cứ Quyết định 1377/QĐ- BYT ngày 24/4/2013 của Bộ Y tế về Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành Phụ sản;

Căn cứ Quyết định 2831/QĐ-BYT ngày 04/7/2019 của Bộ Y tế về Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Nhi khoa;

Căn cứ kết quả cuộc họp Hội đồng Điều dưỡng Trung tâm Y tế Khánh Sơn ngày 22/8/2025;

Xét đề nghị của Trưởng Phòng Điều dưỡng và phòng Kế hoạch- Nghiệp vụ,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này là Quy trình kỹ thuật điều dưỡng, hộ sinh gồm 34 bản quy trình kỹ thuật sau:

MÃ QUY TRÌNH	TÊN QUY TRÌNH	TRANG
QTKT - ĐDHS - 001	Quy trình kỹ thuật đặt ống thông dạ dày	4
QTKT - ĐDHS - 002	Quy trình bóp bóngambu	7
QTKT - ĐDHS - 003	Quy trình kỹ thuật thông tiểu	9
QTKT - ĐDHS - 004	Quy trình kỹ thuật thụt tháo	13
QTKT - ĐDHS - 005	Quy trình cho người bệnh ăn qua sonde	16
QTKT - ĐDHS - 006	Quy trình thở oxy qua gọng kính	19
QTKT - ĐDHS - 007	Quy trình truyền dịch tĩnh mạch	21
QTKT - ĐDHS - 008	Quy trình truyền máu	23
QTKT - ĐDHS - 009	Quy trình đo dấu hiệu sinh tồn	26
QTKT - ĐDHS - 010	Quy trình thay băng thường quy	28
QTKT - ĐDHS - 011	Quy trình tiêm trong da	31
QTKT - ĐDHS - 012	Quy trình tiêm tiêm dưới da	33
QTKT - ĐDHS - 013	Quy trình tiêm tiêm bắp	35
QTKT - ĐDHS - 014	Quy trình tiêm tiêm tĩnh mạch	37
QTKT - ĐDHS - 015	Quy trình kỹ thuật hút đờm giải	39
QTKT - ĐDHS - 016	Quy trình cố định tạm thời gãy xương cánh tay hở	43
QTKT - ĐDHS - 017	Quy trình cố định tạm thời gãy xương cẳng chân hở	45
QTKT - ĐDHS - 018	Quy trình cố định tạm thời gãy xương cánh tay kín	47
QTKT - ĐDHS - 019	Quy trình cố định tạm thời gãy xương cẳng chân kín	49
QTKT - ĐDHS - 020	Quy trình cố định tạm thời gãy xương xương đùi kín	51
QTKT - ĐDHS - 021	Quy trình cố định tạm thời gãy xương cẳng tay kín	53
QTKT - ĐDHS - 022	Quy trình cố định tạm thời gãy xương xương đùi hở	55
QTKT - ĐDHS - 023	Quy trình cố định tạm thời gãy xương cẳng tay hở	57
QTKT - ĐDHS - 024	Quy trình rửa dạ dày trong ngộ độc cấp	59
QTKT - ĐDHS - 025	Quy trình kiểm tra nhau	62
QTKT - ĐDHS - 026	Quy trình đỡ đẻ thường ngôi chỏm	64
QTKT - ĐDHS - 027	Quy trình đo Non- Stresstest (máy BT 300)	68
QTKT - ĐDHS - 028	Quy trình làm thuốc sản phụ	69
QTKT - ĐDHS - 029	Quy trình kỹ thuật đo CTG	71

QTKT - ĐDHS - 030	Quy trình tắm cho trẻ sơ sinh	72
QTKT - ĐDHS - 031	Quy trình kỹ thuật bấm ối	74
QTKT – ĐD – 032	Quy trình kỹ thuật đo điện tâm đồ	76
QTKT – ĐD – 033	Quy trình kỹ thuật chiếu đèn vàng da	78
QTKT – ĐD - 034	Quy trình kỹ thuật đặt kim luân tĩnh mạch ngoại biên cho trẻ em	80

Nội dung từng quy trình cụ thể theo phụ lục đính kèm.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành. Quyết định này thay thế Quyết định số 168/QĐ-YTKS ngày 31/8/2017 của Giám đốc Trung tâm Y tế Khánh Sơn về việc ban hành quy trình kỹ thuật điều dưỡng, hộ sinh và Quyết định số 864/QĐ-YTKS ngày 24/10/2019 của Giám đốc Trung tâm Y tế Khánh Sơn về việc ban hành bổ sung quy trình kỹ thuật điều dưỡng, hộ sinh.

Điều 3. Trưởng Phòng Điều dưỡng, phòng Kế hoạch-Nghiệp vụ, trưởng/phó các đơn vị có liên quan căn cứ Quyết định thi hành./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3 (VBĐT);
- GD, PGD (VBĐT);
- Lưu: VT, PDD.

GIÁM ĐỐC

Trần Ngọc Thạch

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY*(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)*

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Đặt ống thông dạ dày là kỹ thuật đưa ống thông qua đường miệng hoặc đường mũi vào dạ dày người bệnh
II	CHỈ ĐỊNH - Để nuôi dưỡng: đối với những người bệnh hôn mê, co giật, trẻ đẻ non (phản xạ mút, nuốt kém), dị dạng đường tiêu hóa nặng hoặc ăn bằng đường miệng có nguy cơ suy hô hấp hoặc ngạt - Để rửa dạ dày: trong trường hợp ngộ độc cấp hoặc chảy máu - Để dẫn lưu dịch dạ dày, giúp giảm áp lực trong ống tiêu hóa: trong các trường hợp tắc ruột, liệt ruột cơ năng (viêm tụy cấp...) hoặc sau phẫu thuật đường tiêu hóa - Theo dõi tình trạng chảy máu dạ dày, sự tái phát của chảy máu dạ dày - Lấy dịch dạ dày làm xét nghiệm
III	CHỐNG CHỈ ĐỊNH - Tồn thương ở thực quản: u, rò, bóng thực quản dạ dày do axit hoặc kiềm mạnh, teo thực quản - Áp xe thành họng - Tồn thương vùng hàm mặt - Bệnh ở thực quản: co thắt, chít hẹp, phình tĩnh mạch, động mạch thực quản
IV	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: - 01 Điều dưỡng/ hộ sinh/ kỹ thuật viên gây mê
2	Người bệnh: - Động viên, giải thích cho người bệnh thủ thuật sắp làm để người bệnh yên tâm và hợp tác. Nếu người bệnh hôn mê phải giải thích cho người nhà - Tháo răng giả (nếu có) - Nếu hôn mê có nguy cơ sặc: đặt nội khí quản có bóng chèn, bơm căng bóng - Nếu lấy dịch để chẩn đoán bệnh ở dạ dày tá tràng dặn bệnh nhân nhịn ăn trước 12 giờ

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
3	<i>Dụng cụ:</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Ống Levin cỡ số phù hợp - Găng tay sạch: 2 đôi - Vaseline - Gạc vô trùng - Băng dính - Khăn bông, cốc nước chín - Túi dẫn lưu ống thông dạ dày - Ống nghe, máy đo huyết áp - Bơm tiêm 50 ml, máy hút (nếu có), tấm nilon, khay quả đậu - Ống nghiệm, giá đựng ống nghiệm, giấy xét nghiệm (nếu có) - Hộp thuốc chống sốc - Bình đựng 01 kim
4	Hồ sơ bệnh án
V	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Kiểm tra hồ sơ
2	Kiểm tra người bệnh
3	Điều dưỡng đội mũ mang khẩu trang, rửa tay
4	Kiểm tra lại dụng cụ, cắt băng dính
5	Đặt người bệnh ở tư thế nửa nằm nửa ngồi (người bệnh tỉnh) hoặc nằm đầu thấp, mặt nghiêng về bên trái (người bệnh hôn mê)
6	Trải nilon phía đầu giường và choàng lên ngực bệnh nhân
7	Đặt khay quả đậu cạnh má và cằm bệnh nhân
8	Điều dưỡng sát khuẩn lại tay
9	Đo độ dài của ống thông (đo từ cánh mũi tới dải tai vòng xuống mũi ức, khoảng 45- 50 cm là ngang phần đáy dạ dày hoặc từ răng cho đến rốn)
10	Bôi trơn đầu ống thông (khoảng 5 cm, không để dầu đọng trong ống làm người bệnh sặc)
11	Bảo người bệnh há miệng hoặc dùng dụng cụ mở miệng hoặc canun Guedel (người bệnh không tỉnh), luồn ống thông qua miệng. Nếu khó khăn có thể luồn qua mũi theo đường đi của lỗ mũi
12	Nhẹ nhàng đưa ống vào miệng, sát má, tránh vòm họng và lưỡi gà, động viên người bệnh nuốt mặc dầu rất khó chịu, trong khi đó người điều dưỡng từ từ đẩy ống và đến khi vạch đánh dấu chạm tới cung răng thì dừng lại. Nếu người bệnh có sặc, ho dữ dội, tái mặt, tím môi thì rút ra và đưa lại
13	Kiểm tra ống thông có bị cuộn lại ở miệng không (Báo người bệnh há miệng hoặc dùng thanh đè lưỡi mở miệng nếu người bệnh hôn mê)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
14	<p>Kiểm tra ống thông vào dạ dày chưa (Có 3 cách)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhúng đầu ống thông vào ly nước nếu thấy không sủi bọt là đúng - Dùng bơm tiêm hút ra dịch dạ dày - Dùng bơm tiêm bơm khí vào dạ dày và đặt ống nghe trên vùng thượng vị nghe không khí vào dạ dày (tiếng sôi) là được
15	<p>Cố định ống thông bằng băng dính</p> <p>❖ <i>Chú ý:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nếu người bệnh chướng bụng hút đến khi hết chướng. - Tìm vi khuẩn thì lấy 5-10 ml dịch. - Trường hợp hút liên tục: hút đến khi dịch không chảy ra hoặc người bệnh đỡ chướng bụng
16	<p>Lưu ống hoặc rút ống tùy theo chỉ định</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lưu ống không quá 24 giờ - Rút ống: Dùng gạc thấm dịch rút từ từ, khi còn khoảng 15-20 cm thì dùng kìm Kocher kẹp chặt ống và rút nhanh
17	Lau sạch mũi miệng, tháo bỏ tấm nilon
18	Cho người bệnh nằm lại tư thế thoải mái
19	Thu dọn dụng cụ
VI	<p>ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ - Phản xạ ho sặc tránh hít phải dịch. - Trường hợp lưu ống thông, thì sau 3 – 7 ngày (tùy điều kiện) thay ống thông và đổi lỗ mũi - Nôn mửa gây sặc dịch dạ dày: máy hút, đặt nội khí quản - Nhịp tim chậm, ngất do kích thích dây X: hồi sức cấp cứu - Đặt nhầm vào khí quản: khi thấy người bệnh ho, sặc, tím môi phải rút ống thông ngay - Tồn thương vùng mặt
VII	<p>HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Khi hút liên tục, hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh không tự động điều chỉnh áp lực hút - Trong khi hút không di động ống thông - Giữ gìn vệ sinh mũi, răng miệng

QUY TRÌNH BÓP BÓNG AMBU*(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)*

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Bóp bóng ambu là đưa một lượng không khí qua bóng Ambu vào phổi người bệnh bằng cách áp mặt nạ của bóng vào miệng và mũi người bệnh và bóp bóng.
II	CHỈ ĐỊNH - Ngừng thở, ngừng tim đột ngột do điện giật, ngộ độc thuốc ngủ, thuốc phiện... - Sơ sinh bị ngạt do đẻ khó, ngạt nước ối - Suy hô hấp cấp nguy kịch - Liệt hô hấp do các nguyên nhân khác nhau
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: Bác sỹ, điều dưỡng/ hộ sinh/ kỹ thuật viên gây mê
2	Người bệnh: Cho bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên, ưỡn cổ, kê gối dưới vai
3	Dụng cụ: - Bóng Ambu và mặt nạ các loại (người lớn hoặc trẻ em) - Máy hút đờm dãi - Bộ dụng cụ hút đờm giải - Hệ thống oxy
4	Hồ sơ bệnh án (nếu có)
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Móc họng lấy dị vật hoặc hút sạch đờm giải khai thông đường thở
2	Lau sạch miệng, mũi cho người bệnh, để người bệnh ở tư thế nằm ngửa, ưỡn cổ, lấy tay đẩy hàm dưới ra phía trước
3	Nối bình oxy với bóng Ambu, (oxy 100%), áp sát mặt nạ vào miệng, mũi người bệnh, bóp bóng: - 12-14 lần/phút ở người lớn - 25-30 lần/phút ở trẻ em
4	Nếu người bệnh còn tự thở: bóp bóng đẩy khí vào đồng thời với nhịp hít vào của người bệnh
5	Bóp bóng cho đến khi người bệnh tỉnh lại hoặc thở lại, đồng tử co (Trừ trường hợp rấn cản đồng tử không co)
6	Phối hợp bóp bóng ambu với ép tim ngoài lồng ngực nếu có ngừng tuần hoàn

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
V	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN <ul style="list-style-type: none">- Đánh giá tình trạng người bệnh sau cấp cứu- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu và đồng tử ghi vào phiếu theo dõi, chăm sóc- Phát hiện dấu hiệu bất thường như tràn khí màng phổi hoặc các dấu hiệu khác báo cáo bác sĩ xử trí kịp thời

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THÔNG TIỂU*(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)*

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	<p>ĐẠI CƯƠNG</p> <p>Đặt thông tiểu là biện pháp đặt một ống thông tiểu qua niệu đạo vào bàng quang nhằm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Làm giảm sự khó chịu và căng quá mức do ứ đọng nước tiểu trong bàng quang. - Đo lường khối lượng và tính chất nước tiểu lưu trú trong bàng quang. - Lấy mẫu nước tiểu để làm xét nghiệm. - Làm sạch bàng quang trong những trường hợp cần thiết như phẫu thuật vùng hậu môn sinh dục, phẫu thuật hoặc nội soi bàng quang tiết niệu. - Theo dõi lượng nước tiểu ở người bị sốc, ngộ độc, bỏng nặng...
II	<p>CHỈ ĐỊNH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Khi người bệnh bí tiểu đã áp dụng các biện pháp kích thích tiểu tiện không hiệu quả - Theo dõi khối lượng nước tiểu trong 1 số trường hợp - Lấy mẫu nước tiểu làm xét nghiệm chẩn đoán - Chuẩn bị người bệnh trước khi mổ tiết niệu hay sinh dục - Dẫn lưu nước tiểu gián đoạn hay liên tục trong trường hợp người bệnh hôn mê, liệt giường tiểu tiện không tự chủ, sau phẫu thuật vùng đáy chậu
III	<p>CHỐNG CHỈ ĐỊNH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhiễm khuẩn niệu đạo - Dập, rách niệu đạo - Chấn thương tuyến tiền liệt
IV	CHUẨN BỊ
1	<p>Người thực hiện: Điều dưỡng/ hộ sinh/ kỹ thuật viên gây mê</p> <ul style="list-style-type: none"> + Đội mũ, mang khẩu trang + Trường hợp người bệnh không tự chống chân hoặc không tự duy trì được tư thế trong thời gian tiến hành thì cần chuẩn bị một người trợ giúp. + Rửa tay sạch trước khi chuẩn bị người bệnh và dụng cụ
2	<p>Người bệnh:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Được thông báo trước về thời gian tiến hành thủ thuật và giải thích lý do, mục đích, sự cần thiết và cảm giác khó chịu khi ống thông đưa vào - Trải nylon dưới mông người bệnh

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	<ul style="list-style-type: none"> - Cho người bệnh nằm ngửa, sát mép giường đúng tư thế để điều dưỡng thuận tiện khi tiến hành thủ thuật + Nam: Nằm ngửa kê gối dưới đầu gối cho thoải mái, bỏ quần hoặc kéo quần xuống dưới đầu gối + Nữ: Bỏ quần, nằm ngửa chống chân, bàn chân đặt trên giường, đùi hơi dẹt
3	<p>Dụng cụ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vô khuẩn + Găng tay vô khuẩn + Ống thông vô khuẩn phù hợp với người bệnh và mục đích + Khăn có lỗ + Bông, gạc + Dung dịch sát khuẩn + Kẹp kocher, phẫu tích + Dầu nhờn vô khuẩn (vaselin) để bôi trơn + Bơm tiêm, nước cất (trường hợp thông tiểu giữ lại) + Túi hoặc vật dụng đựng nước tiểu - Dụng cụ sạch + khay quả đậu(Túi, dây dẫn nước tiểu tùy mục đích) + Ống nghiệm (nếu cần) + Băng keo, kéo cắt băng + Vải nylon + khay quả đậu đựng rác thải + Bình phong hoặc vải đắp
4	<p>Địa điểm:</p> <p>Tại phòng thủ thuật hoặc tại giường nếu giường bệnh đảm bảo vệ sinh, có bình phong hoặc màn che giường, đảm bảo sự kín đáo, riêng tư khi tiến hành thủ thuật</p>
5	Hồ sơ bệnh án
V	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	<p>Giải thích, động viên người bệnh hiểu được mục đích, lý do thông tiểu và hiểu rằng đây là thủ thuật cần thiết cho điều trị và chẩn đoán, thủ thuật này tiến hành thuận tiện không gây đau đớn mà chỉ khó chịu một chút khi đưa ống thông vào, bệnh nhân nên hợp tác, thở đều, mềm bụng và làm theo hướng dẫn của điều dưỡng viên.</p>
2	<p>Kiểm tra lại dụng cụ, đẩy xe dụng cụ đến bên người bệnh, thu xếp tất cả các dụng cụ trong phạm vi dễ lấy cho người thực hiện thủ thuật</p>
3	<p>Kéo rèm hoặc che bình phong, cho người bệnh nằm tư thế phù hợp</p>

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
4	Rửa tay, mang găng
5	Rửa và sát khuẩn sạch bộ phận sinh dục từ lỗ niệu đạo ra vùng lân cận niệu đạo
6	Trải khăn có lỗ che 2 bên đùi sát với phần xương mu, đặt lỗ khăn vào đúng lỗ âm hộ (hoặc dương vật), kéo khăn dài che khuất hậu môn
7	Cầm ống thông tiểu kẹp chặt phần dưới, bôi dầu nhờn
8	Với BN Nữ: Đứng bên cạnh hông người bệnh, 1 tay vạch 2 môi nhỏ của người bệnh để nhìn rõ lỗ niệu đạo, 1 tay còn lại cầm ống thông tiểu như kiểu cầm bút từ từ đưa ống thông vào lỗ niệu đạo khoảng 4-5 cm có nước tiểu chảy ra
9	<p>Với BN nam: Đứng cạnh hông người bệnh, 1 tay cầm dương vật thẳng đứng, 1 tay cầm ống thông tiểu đưa từ từ vào lỗ niệu đạo khoảng 10cm thì hạ dương vật xuống, tiếp tục đẩy ống thông vào đến khi có nước tiểu chảy ra.</p> <p><i>* Trường hợp ống thông tiểu bằng kim loại hay loại ống thông cứng đầu cong thì phải hướng đầu cong ở vị trí 12 giờ, một tay cầm dương vật sang ngang khi đưa ống thông vào ngang tới túi bịt hành xóp (hết phần niệu đạo di động), đưa dương vật và ống thông trở về đường giữa, song song với thành bụng, sau đó nâng dương vật thẳng lên để ống thông trôi vào niệu đạo, gập dương vật xuống vị trí 6 giờ là ống thông sẽ trôi vào bàng quang.</i></p>
10	<p>Tùy mục đích thông tiểu mà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trường hợp thông tiểu: mở ống cho nước tiểu dẫn lưu hết khỏi bàng quang. Khi kết thúc gập đầu dưới của ống và rút ống, để vào khay quả đậu - Xét nghiệm: bỏ nước tiểu chảy ban đầu và lấy nước tiểu giữa dòng vào ống nghiệm - Trường hợp có chỉ định lưu lại ống thông thì dùng bơm tiêm hút một lượng nước cất bằng thể tích của bóng chèn (được ghi ở đầu dưới ống thông) bơm hết tháo bơm tiêm ra rút nhẹ thấy đầu ống mắc lại không tuột ra là được. Nối ống với túi đựng nước tiểu và cố định ống thông (Nam ở vị trí 11h hoặc 13h, nữ ở vị trí mặt trong đùi)
11	Lau khô vùng đáy chậu, giúp BN mặc lại quần và nằm tư thế thoải mái
12	Thu dọn dụng cụ: kéo màng che hoặc cất bình phong, tiến hành quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ theo quy định, gửi nước tiểu đi xét nghiệm (nếu có)
VI	<p>ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá, theo dõi tình trạng người bệnh, nếu có bất thường báo bác sỹ xử trí kịp thời:

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	<ul style="list-style-type: none"> + Diễn biến trước, trong và sau khi làm thủ thuật + Kết quả thủ thuật + Tình trạng nước tiểu: Số lượng, màu sắc, độ đậm đặc - Theo dõi để phát hiện và xử trí kịp thời các tai biến có thể xảy ra như tổn thương niêm mạc niệu đạo, nhiễm trùng đường tiểu...
VII	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH
	<ul style="list-style-type: none"> - Cần giải thích cho người bệnh và gia đình họ hiểu lý do, mục đích của thủ thuật và một vài nguyên tắc để họ hợp tác trong quá trình điều trị. - Không tự ý mở hệ thống dẫn lưu, di chuyển ống dẫn lưu, không được đẩy ống dẫn lưu nước tiểu sâu vào bàng quang trong trường hợp nghi ngờ thông tuột để phòng tránh nhiễm khuẩn. - Vệ sinh vùng sinh dục, hậu môn ngày 3 lần hoặc sau mỗi lần đại tiện. - Thường xuyên quan sát ống dẫn lưu, nếu có dấu hiệu khác thường báo ngay cho nhân viên y tế. - Không để dây dẫn lưu bị xoắn, vặn cản trở lưu thông nước tiểu.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỤT THÁO*(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)*

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Thụt tháo là phương pháp đưa nước qua trực tràng vào kết tràng nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng, thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân và hơi ra ngoài trong trường hợp người bệnh không đại tiện được và để làm sạch khung đại tràng
II	CHỈ ĐỊNH - Người bệnh táo bón lâu ngày - Trước khi phẫu thuật đường tiêu hóa - Trước khi thụt chất cản quang vào ruột - Trước khi thụt giữ - Trước khi sinh - Trước khi nội soi trực tràng
III	CHỐNG CHỈ ĐỊNH - Bệnh thương hàn - Viêm ruột - Tắc ruột, xoắn ruột - Tổn thương hậu môn trực tràng
IV	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: Điều dưỡng/ hộ sinh
2	Người bệnh - Báo và giải thích cho người bệnh biết cảm giác khi thụt tháo - Hướng dẫn người bệnh nhìn đi cầu sau khi thụt 10 phút - Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết - Động viên và khuyến khích cho người bệnh cùng hợp tác - Không thụt vào giờ người bệnh ăn hoặc thăm người bệnh
3	Dụng cụ - Nước thụt + Nước muối sinh lý hoặc nước đun sôi để nguội 37°C, đối với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ nên dùng nước muối sinh lý + Số lượng: người lớn bình thường từ 500- 1000 ml, không quá 1500ml. Trẻ em từ 200-500ml tùy theo tuổi. Trường hợp đặc biệt theo chỉ định của bác sỹ - Các dụng khác đựng trong khay + Dây dẫn có đầu canun + Bốc thụt tháo có chia vạch + Bình có 2 kèm + Dầu nhờn + Bông, gạc, giấy vệ sinh

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	+ Tấm nilon, vải đắp + Cây treo béc + Bình phong + Bô, khay quả đậu + Ca, xô đựng nước + Trụ treo béc thụt
4	Địa điểm: Phòng thủ thuật hoặc tại giường
5	Hồ sơ bệnh án
V	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Mang dụng cụ đến giường người bệnh
2	Động viên người bệnh cố gắng chịu khi nước chảy vào
3	Cởi quần giúp người bệnh (nếu BN không tự làm được)
4	Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp tùy theo tình trạng bệnh + Thông thường nằm nghiêng bên trái + Nếu người bệnh bị liệt cho người bệnh nằm ngửa
5	Lót nilon dưới mông
6	Phủ vải đắp cho người bệnh
7	Lắp canun vào ống cao su, lắp ống cao su vào vòi béc
8	Đổ nước vào béc
9	Treo béc lên trụ cách mặt giường 50-80cm
10	Kiểm tra lại nước và vòi thụt
11	Bôi dầu nhờn vào đầu canun
12	Bỏ vải đắp đưa nhẹ nhàng canun vào hậu môn(12-15cm). Chú ý nói người bệnh há miệng thở đều
13	Mở khóa cho nước chảy từ từ, một tay giữ vòi thụt cho khỏi bị tụt ra
14	Kiểm tra xem nước có vào đại tràng không (quan sát nước trong béc hoặc hỏi cảm giác của người bệnh. Nếu không chảy thì treo cao béc thụt lên hoặc rút vòi thụt ra một chút)
15	Nếu trong khi thụt mà người bệnh kêu đau bụng, mót rặn thì khóa vòi lại cho nghỉ 1 lát sau lại thụt tiếp nhưng cho áp lực thấp hơn
16	Khi nước trong béc gần hết thì khóa vòi thụt lại, nhẹ nhàng rút ra, dùng giấy vệ sinh bọc đầu vòi thụt bỏ vào khay quả đậu
17	Treo dây dẫn lên trụ
18	Cho người bệnh nằm ngửa và dặn họ nhịn đi cầu khoảng 10-15 phút
19	Đặt bô hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh
20	Khi người bệnh đi xong, giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ, nếu người bệnh tự làm được đưa giấy cho họ tự làm
21	Thay drap nếu bị ướt, giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái
22	Thu dọn dụng cụ - Xử lý y dụng cụ và phân loại rác đúng theo qui định
VI	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN - Đánh giá, theo dõi tình trạng bệnh nhân trong và sau thụt tháo, nếu

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	<p>có bất thường xử trí kịp thời</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ghi hồ sơ bệnh án: <ul style="list-style-type: none"> + Ngày giờ thụ + Số lượng và dung dịch thụ + Kết quả thụ, tính chất và số lượng phân + Họ tên người làm

QUY TRÌNH CHO NGƯỜI BỆNH ĂN QUA SONDE*(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)*

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG <ul style="list-style-type: none"> - Cho người bệnh ăn qua sonde nhằm cung cấp các chất và năng lượng để cơ thể tồn tại, phát triển và chống lại bệnh tật, phục hồi sức khỏe - Ăn uống đóng góp vai trò không nhỏ trong việc điều trị người bệnh
II	CHỈ ĐỊNH <ul style="list-style-type: none"> - Trẻ đẻ non, phản xạ bú kém - Chấn thương vùng mặt: gãy xương hàm - Người bệnh hôn mê, co giật - U thực quản, U lưỡi - Dị dạng đường tiêu hóa nặng - Ăn bằng miệng có nguy cơ suy hô hấp hoặc ngạt
III	CHỐNG CHỈ ĐỊNH <ul style="list-style-type: none"> - Bỏng thực quản do kiềm, axit - Áp xe thành họng - Teo thực quản - Các lỗ thông thực quản - Hóc xương cá
IV	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: điều dưỡng, hộ sinh
2	Người bệnh: <ul style="list-style-type: none"> - Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc người nhà để người bệnh yên tâm tin tưởng và hợp tác khi tiến hành thủ thuật - Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết - Tư thế người bệnh thoải mái, thuận tiện cho kỹ thuật
3	Dụng cụ và thức ăn: <ul style="list-style-type: none"> - Ống thông Levin thích hợp - Bơm tiêm : 20,50ml - Gạc, đè lưỡi - Cốc đựng dầu nhờn - Bình hoặc cốc đựng thức ăn. - Cốc nước chín - 1 tấm nylon, 1 khăn ăn bằng vải, 1 khăn lau miệng mũi - Cốc đựng nước muối sinh lý - Ống nghe, băng dính, kéo, khay quả đậu, bình phong, kim băng, găng tay sạch
4	Hồ sơ bệnh án

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
V	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay
2	Kiểm tra lại dụng cụ, thức ăn, cắt băng dính, đổ dầu nhờn ra cốc
3	Đưa dụng cụ đến giường bệnh
4	Kéo bình phong
5	Cho người bệnh quay mặt về phía người làm thủ thuật (nếu người bệnh ngồi được) hoặc nằm đầu cao tùy vào tình trạng người bệnh
6	Choàng tấm nylon phủ kín người bệnh nhân
7	Đặt khay quả đậu cạnh cằm bệnh nhân vệ sinh mũi (nếu đưa qua mũi)
8	Mang găng sạch
9	Đo ống thông từ cánh mũi đến dáy tai đến mũi ức đánh dấu mức đo sau đó cuộn ống lại
10	Bôi dầu nhờn vào đầu ống thông
11	Đưa ống thông nhẹ nhàng vào dạ dày tới vạch đánh dấu
12	Bảo người bệnh há miệng xem ống thông có bị cuộn lại không, nếu người bệnh hôn mê thì dùng thanh đè lưỡi để kiểm tra
13	Kiểm tra ống thông đã vào dạ dày chưa: + Nhúng đầu ống thông vào ly nước nếu thấy không sủi bọt là đúng + Dùng bơm tiêm hút ra dịch dạ dày + Dùng bơm tiêm bơm khí vào dạ dày và đặt ống nghe trên vùng thượng vị nghe tiếng sôi là đúng
14	Nút đầu ống thông, cố định ống thông bằng băng dính vào mũi người bệnh
15	Lấy thức ăn vào bơm tiêm, đẩy hết không khí, bơm thức ăn từ từ vào ống thông đồng thời theo dõi sắc mặt người bệnh
16	Tráng ống thông bằng nước chín
17	Đậy nút ống thông lại, cố định ống thông vào áo người bệnh bằng kim băng (nếu có chỉ định lưu ống)
18	Tháo bỏ tấm nylon, khăn ăn
19	Lau miệng mũi cho người bệnh
20	Giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái
21	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ
VI	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
	- Đánh giá, theo dõi và xử trí kịp thời các tai biến trong quá trình đặt ống thông như người bệnh tím tái thì cần rút ống thông ra ngay có thể nhằm vào đường thở. - Sau khi bơm thức ăn người bệnh có nôn không
VII	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH
	- Khi lưu ống: người bệnh không được tự ý rút ống thông ra, đẩy ống thông vào sâu hơn - Người nhà không được tự ý bơm thức ăn hoặc các loại nước hoa quả vào dạ dày

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	- Nếu người bệnh có biểu hiện bất thường ví dụ như nôn phải báo ngay nhân viên y tế

QUY TRÌNH THỞ OXY QUA GỌNG KÍNH*(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)*

STT	NỘI DUNG
I	ĐẠI CƯƠNG Thở oxy qua gọng kính là thủ thuật đơn giản, thường được lựa chọn ban đầu cho các người bệnh cần thở oxy, nhằm mục đích: cung cấp đủ oxy cho cơ thể khi người bệnh mắc một số bệnh nhiễm khuẩn hoặc mắc các bệnh đường hô hấp có biểu hiện khó thở dẫn đến tình trạng thiếu oxy
II	CHỈ ĐỊNH - Tắc nghẽn đường hô hấp vì bất cứ nguyên nhân gì - Hạn chế hoạt động của lồng ngực - Suy giảm chức năng của hệ thống thần kinh tham gia vào quá trình hô hấp - Cản trở sự khếch tán của khí trong phổi - Thiếu oxy trong không khí, điều kiện môi trường
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: Điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên gây mê
2	Người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người bệnh về thủ thuật sắp làm, động viên người bệnh - Cho người bệnh nằm tư thế thích hợp, đảm bảo đường hô hấp phải thông thoáng
3	Dụng cụ: - Hệ thống oxy: hệ thống oxy tường, hoặc bình chứa oxy, đồng hồ oxy, bình làm ấm oxy - Dụng cụ vô khuẩn: dây thở oxy gọng kính phù hợp với lứa tuổi - Dụng cụ khác: băng dính, kéo, nước cất, cốc đựng nước sạch, tấm bông, khay quả đậu, khay chữ nhật, găng tay sạch (nếu có hút đờm giải), máy hút (nếu cần)
4	Hồ sơ bệnh án (nếu có)
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1	Rửa tay, đội mũ khẩu trang, mang dụng cụ tới giường bệnh
2	Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình
3	Vệ sinh mũi miệng
4	Mang găng hút đờm (nếu có)
5	Nối dây thở oxy với hệ thống oxy, mở khóa oxy và kiểm tra bằng cách thử trên mu bàn tay hoặc đưa đầu ống vào cốc nước chín nếu thấy nổi bóng lên là đảm bảo sự thông suốt của hệ thống oxy
6	Mở van điều chỉnh lưu lượng oxy theo y lệnh
7	Đưa ống thông 2 nhánh vào 2 lỗ mũi người bệnh.
8	Cố định ống thông bằng cách vòng qua hai tai lên đỉnh đầu hoặc xuống dưới cằm người bệnh. Cố định thêm bằng băng dính (nếu cần)
9	Giúp người bệnh nằm tư thế thích hợp
10	Theo dõi tình trạng bệnh nhân
11	Thu dọn dụng cụ và rửa tay
12	Ghi phiếu theo dõi chăm sóc
V	<p>ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá tình trạng người bệnh trước và sau khi thở oxy. - Theo dõi và ghi hồ sơ tình trạng người bệnh: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, lưu lượng oxy / phút, nồng độ oxy trong máu. - Theo dõi và phát hiện những dấu hiệu bất thường, báo cáo bác sỹ xử trí kịp thời.
VI	<p>HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hướng dẫn người bệnh, gia đình người bệnh và khách đến thăm không được sử dụng: bật lửa, diêm, nến...để phòng chống cháy nổ. - Hướng dẫn người bệnh (gia đình người bệnh) đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp. đảm bảo lưu thông hô hấp, vệ sinh răng miệng cho người bệnh 3-4 giờ/ lần. - Động viên người bệnh uống nước (nếu tỉnh) để phòng tránh khô đường hô hấp.

QUY TRÌNH TRUYỀN DỊCH TĨNH MẠCH

(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	<p>ĐẠI CƯƠNG Truyền dịch qua tĩnh mạch nhằm mục đích: - Hồi phục lại khối lượng tuần hoàn khi người bệnh bị mất nước, mất máu (xuất huyết, bỏng, hoặc tiêu chảy...) - Giải độc, lợi tiểu - Nuôi dưỡng người bệnh (Khi người bệnh không ăn uống được) - Đưa thuốc vào để điều trị bệnh</p>
II	<p>CHỈ ĐỊNH - Xuất huyết, tiêu chảy mất nước, bỏng, trước mổ, sau mổ - Theo chỉ định điều trị</p>
III	<p>CHỐNG CHỈ ĐỊNH - Phù phổi cấp - Bệnh tim nặng</p>
IV	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: Điều dưỡng, hộ sinh
2	Người bệnh: - Giải thích và thông báo cho người bệnh và gia đình, động viên giúp người bệnh yên tâm - Cho người bệnh đi đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền. - Đo dấu hiệu sinh tồn (M-T0-NT-HA).
3	Dụng cụ: - Dịch truyền theo y lệnh - Thuốc(nếu có) - khay vô khuẩn - Kim kocher - Bơm tiêm 5ml, 10ml vô khuẩn - Gạc miếng vô khuẩn - Bộ dây truyền dịch - Bát kê (đuôi không khí) - Hộp đựng bông cồn vô khuẩn - Cồn 70° - Các dụng cụ khác + Cọc truyền + Khay quả đậu + Kéo, băng dính, băng cuộn + Gối kê tay, dây ga rô, nẹp gỗ
	+ Phiếu truyền dịch

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	+ Hộp thuốc chống sốc + Máy đo huyết áp, nhiệt kế + Hộp đựng vật sắc nhọn, thùng đựng rác thải sinh hoạt, rác thải y tế
V	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, mang khẩu trang
2	Thực hiện 5 đúng: Đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian
3	Giải thích cho người bệnh và gia đình, thông báo thuốc truyền, động viên người bệnh
4	Kiểm tra dịch truyền, sát khuẩn nút chai, pha thuốc (nếu có)
5	Cắm dây truyền vào chai khóa lại, cắt băng dính
6	Chọn tĩnh mạch, đặt gối kê tay dưới vùng truyền (động viên người bệnh)
7	Treo dịch vào chai, đuổi khí qua dây, khóa lại
8	Đi găng, buộc dây garô trên vùng truyền 3-5 cm
9	Sát khuẩn vùng truyền từ trong ra ngoài, sát khuẩn tay điều dưỡng
10	Căng da, cầm kim giữa mũi vát chéch 30 độ đưa kim vào tĩnh mạch thấy máu trào ra, tháo dây garô
11	Mở khóa cho dịch chảy, cố định kim và dây truyền, che kim bằng gạc vô khuẩn, cố định vào nếp (nếu cần)
12	Điều chỉnh tốc độ theo y lệnh, ghi phiếu theo dõi truyền dịch.
13	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay
14	Truyền xong còn 10ml, rút kim- đặt bông còn- dán băng (nếu cần)
15	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, hướng dẫn người bệnh những điều cần biết, ghi phiếu theo dõi – chăm sóc
VI	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN - Đánh giá tình trạng người bệnh trong và sau khi truyền dịch - Ghi hồ sơ tình trạng người bệnh và các thông số cần theo dõi - Theo dõi và phát hiện kịp thời tai biến có thể xảy ra trong khi truyền dịch để xử trí hoặc báo bác sỹ để xử trí kịp thời
VII	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH - Không được tự ý thay đổi tốc độ dịch truyền - Nếu phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường như: rét run, sốt, khó thở... cần báo ngay cho nhân viên y tế

QUY TRÌNH TRUYỀN MÁU*(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)*

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Truyền máu cho người bệnh nhằm mục đích: - Hồi phục số lượng máu đã mất, nâng huyết áp - Chăm máu - Chống nhiễm khuẩn, nhiễm độc vì nó cung cấp kháng thể
II	CHỈ ĐỊNH - Chảy máu nội tạng nặng: Sốc do chấn thương đơn thuần, sốc do chảy máu trong, sốc do đứt động mạch - Thiếu máu nặng - Nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng - Các bệnh về máu
III	CHỐNG CHỈ ĐỊNH - Viêm cơ tim, các bệnh van tim - Xơ cứng động mạch não, huyết áp cao - Chấn thương sọ não, viêm não, não úng thủy...
IV	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: bác sỹ, điều dưỡng/ hộ sinh
2	Người bệnh: + Giải thích cho người bệnh yên tâm, thông báo thời gian truyền máu. + Đo dấu hiệu sinh tồn (mạch - nhiệt độ- huyết áp - nhịp thở) + Kiểm tra người bệnh có dị ứng hay có tiền sử phản ứng với máu không + Hướng dẫn người bệnh đi đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền
3	Dụng cụ: - Chai máu hoặc túi máu + Kiểm tra nhãn hiệu chai máu: Số chai, nhóm máu, số lượng máu, tên người cho, tên người nhận, ngày, tháng lấy + Kiểm tra chất lượng: màu sắc, hiện tượng tiêu huyết, nhiễm khuẩn... + Chai máu (túi máu) để ra ngoài tủ lạnh không quá 30 phút - Bộ dây truyền máu(có bầu lọc) - Khay chữ nhật vô khuẩn, khay quả đậu - Kẹp kocher - Bơm tiêm vô khuẩn 5ml, 10ml - Gạc miếng vô khuẩn - Cồn 70°, hộp đựng bông cồn
	- Bát kê(đuôi không khí), kéo, băng dính, găng tay
	- Dụng cụ làm phản ứng chéo, định nhóm máu tại giường

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	- Huyết áp kê, ống nghe, nhiệt kê
	- Hộp chống sốc
	- Phiếu truyền máu - Nẹp cố định, dây garô, gối kê tay
4	Hồ sơ bệnh án.
V	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, mang khẩu trang
2	Giải thích và thông báo cho người bệnh và gia đình, động viên giúp người bệnh yên tâm
3	Kiểm tra lại túi máu (chai máu): Nhóm máu, số túi máu, số lượng máu, chất lượng, màu sắc, tên người cho, tên người nhận, ngày dự trữ
4	Mang găng vô khuẩn
5	Định nhóm máu tại giường: điều dưỡng, hộ sinh tiến hành các bước định nhóm máu hệ ABO theo đúng quy định, mời bác sỹ đọc kết quả.
6	Làm phản ứng chéo tại giường: Lấy 1 giọt máu ở chai (túi) máu, và một giọt máu của người bệnh vào lam kính, hòa tan 2 giọt máu vào nhau, chờ 5 phút mời bác sỹ đọc kết quả
7	Cắm dây truyền vào túi máu, khóa lại, treo túi máu vào cọc truyền
8	Đuôi khí qua dây, khóa lại, cắt băng dính
9	Chọn tĩnh mạch, đặt gối kê tay dưới vùng truyền
10	Buộc dây garô trên vùng truyền 3-5 cm
11	Sát khuẩn vùng truyền từ trong ra ngoài, sát khuẩn tay điều dưỡng
12	Căng da, cầm kim ngừa mũi vát chéch 30 độ đưa kim vào tĩnh mạch thấy máu trào ra, tháo dây garô
13	Mở khóa cho dịch chảy, cố định kim và dây truyền, che kim bằng gạc vô khuẩn, cố định vào nẹp (nếu cần)
14	Làm phản ứng sinh vật: Cho chảy theo y lệnh 4 ml, rồi cho chảy chậm lại 8-10 giọt/phút trong 5 phút. Sau 5 phút không có triệu chứng gì thì cho chảy theo y lệnh 20 ml, rồi cho chảy chậm lại 8-10 giọt/phút trong 5 phút. Sau 5 phút không có triệu chứng gì thì tiếp tục cho chảy theo y lệnh
15	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay, ghi phiếu theo dõi truyền máu
VI	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN - Theo dõi tình trạng người bệnh, mạch nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, diễn biến trong và sau khi truyền máu theo y lệnh và ghi vào phiếu theo dõi truyền máu. - Theo dõi các tai biến, phản ứng có thể xảy ra trong quá trình truyền máu: sốt, đau đầu, nôn, nổi ban, thiếu niệu, rối loạn nhịp thở, tình trạng sốc... Nếu phát hiện bất thường ngừng truyền ngay và báo bác sỹ xử trí kịp thời.
VII	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH - Thông báo cho người bệnh và gia đình những phản ứng có thể xảy ra trong quá trình truyền máu.

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	- Hướng dẫn người bệnh và gia đình không được tự ý thay đổi tốc độ truyền.

QUY TRÌNH LẤY DẤU HIỆU SINH TỒN

(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở nhằm phát hiện những dấu hiệu bất thường giúp cho chẩn đoán bệnh và xử trí kịp thời những tai biến có thể xảy ra
II	CHỈ ĐỊNH Tất cả người bệnh điều trị nội trú, ngoại trú
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: Điều dưỡng, hộ sinh
2	Người bệnh: - Thông báo cho người bệnh biết trước - Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi 15 phút trước khi đo
3	Dụng cụ: - Nhiệt kế tùy theo từng vị trí đo mà chuẩn bị loại phù hợp - Đồng hồ có kim giây - Huyết áp kế - Gối kê tay - Bông hoặc gạc sạch - Khay quả đậu - Bảng theo dõi - Bút xanh, bút đỏ, thước kẻ
4	Hồ sơ bệnh án
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Báo trước cho người nhà biết
2	Điều dưỡng kiểm tra lại dụng cụ và mang tới giường bệnh
3	Giải thích, động viên để người bệnh phối hợp với điều dưỡng khi tiến hành thủ thuật
4	Đo nhiệt độ: - Lau khô, vẩy nhiệt kế xuống dưới 35°C - Đo nhiệt độ ở một trong những vị trí sau: + Đo nhiệt độ ở miệng: Đặt bầu thủy ngân của nhiệt kế dưới lưỡi hoặc cạnh mép, bảo người bệnh ngậm môi. (thời gian kẹp từ 3-5 phút) + Đo ở hậu môn: Đưa nhiệt kế vào sâu 2-3cm trong thời gian 3-5 phút + Đo ở nách: Đặt bầu thủy ngân vào hõm nách, chéch theo hướng vú, khép cánh tay vào thân, đặt cẳng tay lên bụng (thời gian kẹp 10 phút)
5	Đếm mạch: Kê gối dưới cẳng tay người bệnh (nếu bắt mạch quay), đặt 3 đầu ngón tay lên động mạch đếm trong vòng 01 phút

6	Đặt tay như đếm mạch, quan sát cánh tay đặt trên bụng và đếm nhịp thở trong vòng 01 phút.
7	Đo huyết áp: <ul style="list-style-type: none"> - Kéo tay áo tới nách, đặt máy đo huyết áp ngang ngực người bệnh. - Cuộn băng huyết áp vào cánh tay người bệnh, cách nếp khuỷu tay từ 3-5cm - Tìm động mạch, đặt ống nghe, bơm hơi khi mạch hết đập bơm thêm 20mmHg - Xả hơi từ từ, xác định huyết áp tối đa, huyết áp tối thiểu - Xả hết hơi, tháo băng xếp vào hộp
8	Thu dọn dụng cụ, và xử lý dụng cụ đúng theo quy định.
V	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ <ul style="list-style-type: none"> - Ghi kết quả vào bảng theo dõi - Nếu có bất thường báo bác sĩ xử trí kịp thời - Ngày giờ thực hiện - Tên người thực hiện
VI	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH Hướng dẫn cho người bệnh và gia đình nếu thấy bất thường về thân nhiệt phải báo ngay cho nhân viên y tế

QUY TRÌNH THẢY BĂNG THƯỜNG QUY

(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Thay băng vết thương nhằm mục đích: - Đánh giá tình trạng vết thương - Làm sạch vết thương - Bôi đắp thuốc nếu có chỉ định
II	CHỈ ĐỊNH - Thay theo y lệnh của bác sĩ
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: điều dưỡng, hộ sinh
2	Người bệnh: - Giải thích cho người bệnh biết mục đích công việc mình sắp tiến hành để người bệnh yên tâm và phối hợp (trường hợp người bệnh tỉnh) - Đặt tư thế người bệnh thuận tiện cho công việc thay băng
3	A . Dụng cụ: - Điều dưỡng rửa tay, lau khô tay bằng khăn sạch - Chuẩn bị xe thay băng sạch, lau xe bằng dung dịch khử khuẩn * Tầng 1: - 01 hộp gạc gói vô khuẩn - 01 lọ cầm panh và panh vô trùng - 01 hộp dụng cụ vô khuẩn (mỗi người bệnh thay băng bằng một hộp dụng cụ riêng), trong hộp gồm có: + 01 kẹp có mâu + 02 panh + 01 kéo đầu nhọn - 01 lọ povidine - 01 lọ oxy già - 01 lọ nước muối rửa vô khuẩn - Dung dịch sát khuẩn tay nhanh * Tầng 2: 01 khay sạch trong đó có: - Nylon lót khi thay băng - Băng dính, kéo cắt băng - Găng sạch - Băng cuộn (nếu cần) - Túi hậu môn nhân tạo (nếu cần) * Tầng 3: - Một chậu đựng dung dịch khử khuẩn

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	- Thùng rác có lót túi nylon được phân loại theo quy định.
	B. Địa điểm: Tại giường người bệnh hoặc buồng thay băng
4	Hồ sơ bệnh án
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Sát khuẩn tay nhanh bằng dung dịch sát khuẩn tay nhanh
2	Mở hộp dụng cụ lật ngược nắp hộp đặt xuống phía dưới và mở hộp (dùng nắp hộp vừa mở như khay chữ nhật cho thay băng)
3	Sắp xếp dụng cụ thuận tiện cho việc thay băng vào nắp hộp vừa mở
4	Mở hộp gạc: - Dùng panh để gấp gạc - Mở gói gạc bằng panh để vào hộp
5	Trải tấm nylon lót dưới vùng thay băng
6	Đặt túi nylon đựng gạc bẩn
7	Dùng tay hoặc panh nhẹ nhàng bóc băng bẩn (Điều dưỡng, hộ sinh nhận định tùy theo vết thương sạch nhiễm trùng mà đi găng hoặc dùng panh. Sau khi dùng xong bỏ panh vào chậu có dung dịch khử khuẩn)
8	Sát khuẩn lại tay bằng dung dịch sát khuẩn tay nhanh
9	<p>- Lau rửa vết thương bằng nước muối sinh lý (nếu vết thương bẩn, nhiễm trùng thì dùng oxy già) rửa theo các bước sau:</p> <p>- Dùng gạc củ ấu thấm nước muối sinh lý (oxy già) bắt đầu chấm từ bờ mép vết thương hất ra ngoài (miết sát gạc củ ấu vào da để làm sạch hết vết bẩn) theo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phía đối diện - Phía điều dưỡng, hộ sinh - Trực tiếp lên vết thương <p>(Làm như vậy cho đến khi quan sát gạc củ ấu sạch không còn màu đen)</p> <p><i>Chú ý: Nếu vết thương bẩn phải dùng đến oxy già thì sau khi rửa vết thương bằng oxy già xong phải rửa lại bằng nước muối sinh lý theo kỹ thuật trên</i></p>
10	Sát khuẩn vết thương bằng povidine, betadine kỹ thuật giống như rửa vết thương bằng nước muối sinh lý
11	Đặt miếng gạc vô khuẩn lên trên vết thương, băng kín bằng băng dính(tốt nhất là dùng băng dính băng kín bốn mép của vết thương)
12	<p>Thu dọn dụng cụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thu dọn dụng cụ thay băng ngâm vào chậu có dung dịch khử khuẩn - Thu dọn gạc còn lại, hộp dụng cụ vừa sử dụng - Buộc túi nylon có đựng gạc bẩn bỏ vào thùng rác - Gấp nylon (mặt bẩn để vào trong) để xuống khay ở tầng 3 - Cho bệnh nhân nằm tư thế thoải mái, mặc lại quần áo và báo cho người bệnh biết công việc đã xong và giải thích cho họ biết những điều cần thiết - Đem hộp dụng cụ cùng với gạc thừa, khăn gói đã dùng vào buồng rửa

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	dụng cụ (hoặc xếp vào chỗ quy định ở xe thầy băng) - Rửa tay, lau tay bằng khăn khô sạch
V	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN - Theo dõi diễn biến của người bệnh sau khi thay băng, chú ý đến các dấu hiệu đau chảy máu - Một giờ sau khi thay băng phải xem lại vết thương, lấy lại mạch, nhiệt độ, huyết áp, số lượng dịch dẫn lưu, màu sắc nếu có - Nếu có dấu hiệu bất thường báo cho bác sĩ - Theo dõi dấu hiệu liền sẹo vết thương - Ghi vào phiếu chăm sóc ngày, giờ thay băng, tình trạng vết thương và cách xử lý - Báo cáo bác sĩ diễn biến bất thường và quá trình liền sẹo của vết thương
VI	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH - Hướng dẫn người bệnh chế độ dinh dưỡng, tập luyện (nếu tỉnh) - Nếu người bệnh có dẫn lưu giải thích cho người bệnh hiểu để giữ chai dẫn lưu đúng vị trí, không nhắc cao quá vị trí vết thương hoặc đặt chai dẫn lưu xuống đất <i>Chú ý: Nếu trên người bệnh nhân có nhiều vết thương thì vẫn có thể dùng một hộp dụng cụ nhưng phải bắt đầu thay băng từ vết thương sạch đến vết thương bẩn, từ vết thương vùng đầu mặt cổ ngực rồi đến bụng và chân...</i>

QUY TRÌNH TIÊM TRONG DA

(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG - Tiêm thuốc cho người bệnh là đưa những thuốc dưới dạng hòa tan trong nước hay dầu hoặc dưới dạng hỗn hợp vào trong da (ngoại trừ thuốc dầu) - Tiêm thuốc là đưa thuốc thuốc trực tiếp vào cơ thể tác dụng nhanh hơn uống
II	CHỈ ĐỊNH - Cấp cứu cần có hiệu quả nhanh - Không uống được hoặc không nuốt được - Thuốc dễ bị phá hủy hoặc biến chất bởi men tiêu hóa
III	CHỐNG CHỈ ĐỊNH - Phụ thuộc vào tình trạng người bệnh và y lệnh của bác sĩ
IV	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: Điều dưỡng, hộ sinh
2	Người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình biết việc sắp làm giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình tiêm - Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp
3	Dụng cụ: a. Dụng cụ vô khuẩn: - Khay chữ nhật, khăn vô khuẩn, bơm, kim tiêm thích hợp, kìm kocher, ống cầm kìm, bông, gạc, hộp đựng bông còn b. Dụng cụ sạch và thuốc: - Cồn 70°, thuốc theo y lệnh, hộp chống sốc, khay quả đậu
4	Hồ sơ bệnh án hoặc sổ thực hiện y lệnh thuốc
V	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Điều dưỡng đội mũ và đeo khẩu trang, rửa tay
2	Thực hiện 5 đúng khi dùng thuốc cho bệnh nhân: đúng thuốc, đúng bệnh nhân, đúng liều lượng, đúng đường dùng và đúng thời gian
3	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc (hoặc nước cất) ,dung gạc vô khuẩn bề ống thuốc
4	Thay kim tiêm, đẩy không khí ra khỏi bơm tiêm, đặt bơm tiêm vào khay vô khuẩn
5	Mang thuốc đến giường người bệnh
6	Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm: 1/3 trên mặt trước- trong cẳng tay hoặc 1/3 trên mặt trước ngoài cánh tay (tiêm phòng)
7	Sát khuẩn vùng định tiêm từ trong ra ngoài (2 lần)

8	Tiến hành tiêm thuốc cho người bệnh đúng kỹ thuật - Một tay căng da nơi tiêm, một tay cầm bơm tiêm đưa kim tiêm vào biểu bì chệch một góc 15° so với mặt da ngấp mũi vát - Bơm thuốc (1/10ml) khi bơm có cảm giác nặng tay, tại chỗ tiêm nổi phồng màu da cam to bằng hạt ngô - Căng da rút kim
9	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, hướng dẫn những điều cần thiết
10	Thu dọn dụng cụ và ghi hồ sơ
VI	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN Đánh giá tình trạng người bệnh sau tiêm, theo dõi và phát hiện sốc và các dấu hiệu bất thường khác, nếu có báo cáo bác sỹ và xử trí theo đúng phác đồ
VII	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH Hướng dẫn người bệnh sau tiêm cần nghỉ ngơi tại giường 15 phút, nếu thấy biểu hiện bất thường phải báo ngay cho nhân viên y tế

QUY TRÌNH TIÊM DƯỚI DA

(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG - Tiêm thuốc cho người bệnh là đưa những thuốc dưới dạng hòa tan trong nước hay dầu hoặc dưới dạng hỗn hợp vào dưới da (ngoại trừ thuốc dầu) - Tiêm thuốc là đưa thuốc thuốc trực tiếp vào cơ thể tác dụng nhanh hơn uống
II	CHỈ ĐỊNH - Cấp cứu cần có hiệu quả nhanh - Không uống được hoặc không nuốt được - Thuốc dễ bị phá hủy hoặc biến chất bởi men tiêu hóa
III	CHỐNG CHỈ ĐỊNH - Phụ thuộc vào tình trạng người bệnh và y lệnh của bác sĩ
IV	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: Bác sỹ, điều dưỡng, hộ sinh
2	Người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình biết việc sắp làm giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình tiêm - Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp
3	Chuẩn bị dụng cụ: - Dụng cụ vô khuẩn + Khay chữ nhật, khăn vô khuẩn + Bơm, kim tiêm thích hợp + Kim kocher, ống cầm kim, + Bông, gạc, hộp đựng bông còn - Dụng cụ sạch và thuốc + Thuốc theo y lệnh + Hộp chống sốc + Khay quả đậu - Dụng cụ khác: Hộp đựng vật sắc nhọn, thùng đựng chất thải
4	Hồ sơ bệnh án hoặc sổ thực hiện y lệnh thuốc
V	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Điều dưỡng đội mũ và đeo khẩu trang, rửa tay
2	Thực hiện 5 đúng khi dùng thuốc cho bệnh nhân: đúng thuốc, đúng bệnh nhân, đúng liều lượng, đúng đường dùng và đúng thời gian
3	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc (hoặc nước cất), dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc
4	Chọn bơm kim tiêm thích hợp, xé vỏ bao và thay kim lấy thuốc
5	Pha thuốc và hút thuốc vào bơm tiêm

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
6	Thay kim tiêm, đẩy không khí ra khỏi bơm tiêm, đặt bơm tiêm vào khay vô khuẩn
7	Mang thuốc đến giường người bệnh
8	Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm - 1/3 giữa mắt trước ngoài cánh tay - 1/3 giữa mắt trước ngoài đùi - Dưới da bụng
9	Sát khuẩn vùng định tiêm từ trong ra ngoài (2 lần)
10	Tiến hành tiêm thuốc cho người bệnh - Một tay véo da nơi tiêm, một tay cầm bơm tiêm đâm kim chệch 45° so với mặt da hoặc đâm kim vuông góc với đáy da véo lên vào mô liên kết - Rút nhẹ nòng bơm tiêm kiểm tra xem có máu theo ra không - Bơm hết thuốc, căng da rút kim, tại chỗ tiêm phồng to lên là đúng kỹ thuật - Sát khuẩn lại nơi tiêm
11	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, hướng dẫn những điều cần thiết
12	Thu dọn dụng cụ và ghi hồ sơ
VI	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN Đánh giá tình trạng người bệnh sau tiêm, theo dõi và phát hiện sốc và các dấu hiệu bất thường khác, nếu có báo cáo bác sỹ xử trí theo đúng phác đồ và kịp thời
VII	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH Hướng dẫn người bệnh sau tiêm cần nghỉ ngơi tại giường 15 phút, nếu thấy biểu hiện bất thường phải báo ngay cho nhân viên y tế

QUY TRÌNH TIÊM BẮP

(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG - Tiêm thuốc cho người bệnh là đưa những thuốc dưới dạng hòa tan trong nước hay dầu hoặc dưới dạng hỗn hợp vào cơ thể nhằm mục đích: + Điều trị bệnh + Chẩn đoán bệnh + Phòng bệnh
II	CHỈ ĐỊNH - Cấp cứu cần có hiệu quả nhanh - Không uống được hoặc không nuốt được - Thuốc dễ bị phá hủy hoặc biến chất bởi men tiêu hóa
III	CHỐNG CHỈ ĐỊNH - Phụ thuộc vào tình trạng người bệnh và y lệnh của bác sĩ
IV	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: Điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên gây mê
2	Người bệnh - Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình biết việc sắp làm giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình tiêm - Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp
3	Dụng cụ: - Dụng cụ vô khuẩn + Khay chữ nhật, khăn vô khuẩn + Bơm, kim tiêm thích hợp + Kim kocher, ống cầm kim, + Băng, gạc, hộp đựng bông còn - Dụng cụ sạch và thuốc + Thuốc theo y lệnh + Hộp thuốc cấp cứu (Hộp chống sốc), + Khay quả đậu - Dụng cụ khác: Hộp đựng vật sắc nhọn, thùng đựng chất thải
4	Hồ sơ bệnh án hoặc sổ thực hiện y lệnh thuốc
V	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ và đeo khẩu trang, rửa tay
2	Thực hiện 5 đúng khi dùng thuốc cho bệnh nhân: đúng thuốc, đúng bệnh nhân, đúng liều lượng, đúng đường và đúng thời gian
3	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc (hoặc nước cất), dùng gạc vô

	khuẩn bẻ ống thuốc
4	Chọn bơm kim tiêm thích hợp, xé vỏ bao và thay kim lấy thuốc
5	Pha thuốc và hút thuốc vào bơm tiêm
6	Thay kim tiêm, đẩy không khí ra khỏi bơm tiêm, đặt bơm tiêm vào khay vô khuẩn
7	Mang thuốc đến giường người bệnh
8	Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm: <ul style="list-style-type: none"> - Cánh tay: cơ Denta (1/3 giữa) - Đùi: 1/3 giữa, mặt trước ngoài - Mông: nối hai gai chậu đến mỏm xương cụt, chia làm 3 phần bằng nhau, tiêm vào 1/3 trên, trước, ngoài hoặc chia 1 bên mông làm 4 phần bằng nhau, tiêm vào 1/4 trên ngoài
9	Sát khuẩn vùng định tiêm từ trong ra ngoài (2 lần)
10	Tiến hành tiêm thuốc cho người bệnh đúng kỹ thuật: <ul style="list-style-type: none"> - Một tay căng da, một tay cầm bơm tiêm đưa kim một góc 60° hoặc 90° - Rút nhẹ nòng bơm tiêm kiểm tra xem có máu theo ra không - Bơm hết thuốc, căng da, rút kim nhanh - Sát khuẩn lại nơi tiêm
11	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, hướng dẫn những điều cần thiết
12	Thu dọn dụng cụ và ghi hồ sơ
VI	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN Đánh giá tình trạng người bệnh sau tiêm, theo dõi và phát hiện sốc và các dấu hiệu bất thường khác, nếu có báo cáo bác sỹ và xử trí theo đúng phác đồ
VII	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH Hướng dẫn người bệnh sau tiêm cần nghỉ ngơi tại giường 15 phút, nếu thấy biểu hiện bất thường phải báo ngay cho nhân viên y tế

QUY TRÌNH TIÊM TĨNH MẠCH

(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Tiêm thuốc cho người bệnh là đưa những thuốc dưới dạng hòa tan trong nước hay dầu hoặc dưới dạng hỗn hợp vào tĩnh mạch- đưa thuốc trực tiếp vào cơ thể tác dụng nhanh hơn uống
II	CHỈ ĐỊNH - Cấp cứu cần có hiệu quả nhanh - Không uống được hoặc không nuốt được - Thuốc dễ bị phá hủy hoặc biến chất bởi men tiêu hóa
III	CHỐNG CHỈ ĐỊNH - Phụ thuộc vào tình trạng người bệnh và y lệnh của bác sĩ
IV	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên gây mê
2	Chuẩn bị người bệnh - Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình biết việc sắp làm giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình tiêm - Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp
3	Chuẩn bị dụng cụ: - Dụng cụ vô khuẩn + khay chữ nhật, khăn vô khuẩn + Bơm, kim tiêm thích hợp + Kim kocher, ống cầm kim, + Băng, gạc, hộp đựng bông cồn - Dụng cụ sạch và thuốc + Thuốc theo y lệnh + Hộp chống sốc + Khay quả đậu + Găng tay vô trùng + Dây garo - Dụng cụ khác: Hộp đựng vật sắc nhọn, thùng đựng chất thải
4	Hồ sơ bệnh án, hoặc sổ thực hiện y lệnh thuốc
V	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ và đeo khẩu trang
2	Thực hiện 5 đúng khi dùng thuốc cho bệnh nhân: đúng thuốc, đúng bệnh nhân, đúng liều lượng, đúng đường dùng và đúng thời gian
3	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc (hoặc nước cất), dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc
4	Chọn bơm kim tiêm thích hợp, xé vỏ bao và thay kim lấy thuốc
5	Pha thuốc và hút thuốc vào bơm tiêm

6	Thay kim tiêm, đẩy không khí ra khỏi bơm tiêm, đặt bơm tiêm vào khay vô khuẩn
7	Mang thuốc đến giường người bệnh
8	Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm (tĩnh mạch nếp gấp khuỷu tay, mu tay, cẳng tay, mu bàn chân...)
9	Đặt gối dưới vùng tiêm, đặt dây ga rô
10	Mang găng tay vô khuẩn
11	Buộc dây ga rô phía trên vị trí tiêm từ 3-5cm
12	Sát khuẩn vùng tiêm từ trong ra ngoài
13	Cầm bơm tiêm, đuổi khí
14	Một tay căng da, một tay cầm bơm tiêm đưa kim chéch 30°qua da luôn vào tĩnh mạch
15	Kiểm tra có máu trào vào bơm tiêm, tháo dây ga rô
16	Bơm thuốc từ từ và quan sát người bệnh
17	Bơm hết thuốc, căng da rút kim nhanh
18	Sát khuẩn lại vùng tiêm (đặt bông vô khuẩn nếu có chảy máu)
19	Bỏ bơm kim tiêm vào hộp đựng vật sắc nhọn
10	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, hướng dẫn những điều cần thiết
21	Thu dọn dụng cụ, tháo găng,rửa tay
22	Ghi phiếu theo dõi chăm sóc
VI	ĐÁNH GIÁ , THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN - Đánh giá tình trạng người bệnh trong và sau tiêm, theo dõi, phát hiện sốc và tai biến có thể xảy ra sau tiêm, nếu có báo cáo bác sỹ và xử trí kịp thời, theo đúng phác đồ
VII	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH Hướng dẫn người bệnh sau tiêm cần nghỉ ngơi tại giường 15 phút, nếu thấy biểu hiện bất thường phải báo ngay cho nhân viên y tế

QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT ĐỜM GIẢI*(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)*

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Hút đờm giải cho người bệnh nhằm mục đích: <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh nhân có nhiều đờm giải không tự khạc ra được - Tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí - Lấy dịch xuất tiết phục vụ cho các mục đích chẩn đoán - Phòng tránh nhiễm khuẩn do sự tích tụ, ứ đọng đờm giải - Hút sâu (hút đường hô hấp dưới) còn để kích thích phản xạ ho
II	CHỈ ĐỊNH <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh nhân có nhiều đờm giải không tự khạc ra được - Bệnh nhân hôn mê, co giật có xuất tiết nhiều đờm giải - Bệnh nhân hít phải chất nôn, trẻ em bị sặc bột - Trẻ sơ sinh sặc nước ối ngạt - Bệnh nhân mở khí quản, đặt ống nội khí quản thở máy
III.	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: Điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên gây mê
2	Người bệnh <ul style="list-style-type: none"> - Thông báo và giải thích cho bệnh nhân về thủ thuật sắp làm, động viên bệnh nhân yên tâm và hợp tác trong khi làm thủ thuật. Đối với trẻ nhỏ, bệnh nhân không tỉnh, cần giải thích cho người nhà bệnh nhân biết - Hướng dẫn bệnh nhân tập ho, tập thở sâu kết hợp làm vật lý trị liệu rung vỗ vùng phổi - Cho bệnh nhân nằm tư thế dẫn lưu: Đầu thấp nghiêng phải hoặc trái tùy theo tình trạng ứ đọng ở bên phổi nào nhiều hơn. Tư thế dẫn lưu giúp cho đờm, dịch xuất tiết dễ thoát ra ngoài
3	Dụng cụ <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Trường hợp hút đường hô hấp trên: <ul style="list-style-type: none"> - Một ống thông hút thích hợp - Găng sạch - Vài miếng gạc

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	<ul style="list-style-type: none"> - Chén chum vô khuẩn - Dung dịch tráng ống NaCl 0.9%. - Khay quả đậu - Một cái đũa - Máy hút đờm - Thùng rác vàng
3.2	<p>Hút đường hô hấp dưới:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thông thường có hút đường hô hấp dưới thì bao giờ cũng phải hút đường hô hấp trên, do vậy ngoài những dụng cụ cho hút đường hô hấp trên còn phải chuẩn bị thêm: <ul style="list-style-type: none"> - Ống thông hút: Đường kính của ống hút không được vượt quá 1/2 đường kính nội khí quản hoặc canul khí quản - Một đôi găng vô khuẩn, hoặc 01 kim hoặc kẹp phẫu tích vô khuẩn - Vải miếng gạc - Trong trường hợp đờm giải quá đặc, cần chuẩn bị thêm: <ul style="list-style-type: none"> + Một bơm tiêm 5ml, một kim lấy thuốc + Một chai dung dịch NaCl 0,9% hoặc NaHCO₃ 1,4%..
4	Hồ sơ bệnh án
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
A	Hút đường hô hấp trên:
1	Kiểm tra các dụng cụ cấp cứu trước khi tiến hành để đề phòng những diễn biến bất thường
2	Đưa dụng cụ đến giường bệnh nhân
3	Đặt bệnh nhân nằm tư thế phù hợp để dễ đưa ống thông vào, để hút và tránh cho bệnh nhân hít phải chất nôn trong trường hợp bệnh nhân bị nôn
4	Đổ dung dịch NaCl 0.9% vào chén chum
5	Mở máy kiểm tra sự hoạt động của máy hút và điều chỉnh áp lực hút của máy
6	<p>Nối ống thông với hệ thống hút:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Hút một ít nước từ chén chum để kiểm tra khả năng hút, ống thông hút có bị tắc không đồng thời làm trơn đầu ống hút
7	Đi găng cầm vào cách đầu ống thông khoảng 5cm
8	Dùng tay gập ống thông nhẹ nhàng đưa đầu ống thông vào qua miệng hoặc một bên lỗ mũi người bệnh. Nếu đi qua đường miệng thì dùng đũa để đưa ống vào được dễ dàng
9	<p>Khi đã đưa ống thông vào đến vị trí cần thiết thì bỏ tay gập ống thông ra</p> <ul style="list-style-type: none"> + Khoảng cách đưa ống thông vào hút bằng khoảng cách từ đỉnh mũi đến dái tai

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	<ul style="list-style-type: none"> + Không nên đưa ống thông quá sâu và cũng không nên hút quá nông + Vị trí hút dưới lưỡi, mặt trong má (giữa má và chân răng), hầu họng và mũi sau. Tránh chạm đầu ống hút vào thành họng sau + Khi hút phải xoay nhẹ ống thông hoặc di động ống thông lên xuống, qua lại một cách nhẹ nhàng để hút có kết quả và tránh gây tổn thương niêm mạc
10	Sau mỗi lần hút rút ống thông ra, dùng gạc để lau sạch ống nếu có nhiều đờm dãi bám ở quanh ống, sau đó hút một ít nước từ chén chum để rửa sạch ống. Mỗi lần hút không quá 15 giây
11	Lặp lại động tác hút nếu cần thiết, hút đến khi bệnh nhân hết đờm, giải, thở lại dễ dàng. Nhưng không được hút quá nhiều lần liên tục
12	<p>Tháo ống thông ra cho vào thùng rác màu vàng.</p> <ul style="list-style-type: none"> + Trường hợp phải hút nhiều lần trong ngày thì thay ống và chén chum sau mỗi đợt hút + Tháo bỏ găng tay + Thu dọn dụng cụ + Ghi chép hồ sơ
B	<p>Hút đường hô hấp dưới: Thường được tiến hành ngay sau khi hút đường hô hấp trên. Kỹ thuật tiến hành như sau:</p>
1	Lấy phần đuôi ống thông hút ra khỏi bao và lắp vào hệ thống hút
2	Đổ dung dịch NaCl 0.9% vào chén chum
3	Đeo găng vô khuẩn
4	Hút một ít nước từ chén chum
5	<p>Đưa ống thông hút vào qua lỗ của ống nội khí quản hoặc canul khí quản đến độ sâu cần thiết thì bắt đầu hút.</p> <ul style="list-style-type: none"> + Khi đưa ống thông vào cũng phải tắt máy hoặc gấp ống thông lại + Đưa ống thông vào qua ống nội khí quản khi thấy bệnh nhân ho, ngừng lại và hút
6	Sau khoảng 5-10 giây thì từ từ rút ống thông ra. Trong quá trình rút ống thông ra ta phải xoay ống thông theo cả 2 chiều (cùng chiều và ngược chiều kim đồng hồ) để hút được dịch xuất tiết, đờm bám ở thành khí phế quản. Thời gian mỗi lần hút kể từ khi đưa ống thông vào cho đến khi rút ống thông ra không được quá 10 giây
7	Nhúng đầu ống thông vào chén chum rồi hút một ít nước để làm sạch lòng ống. Nếu có nhiều đờm, dịch xuất tiết bám ở quanh ống thì dùng gạc lau sạch trước khi hút nước
8	Lặp lại động tác hút nếu bệnh nhân nhiều đờm giải. Khi hút xong, tắt máy, tháo bỏ ống thông vào thùng rác màu vàng
9	Tháo bỏ găng

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
10	Cho bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái
11	<p>Trường hợp đờm hoặc dịch xuất tiết quá đặc ta phải dùng dung dịch NaCl 0,9% hoặc Natribicarbonat 14% để pha loãng rồi hút kỹ thuật tiến hành như sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Dùng bơm tiêm hút dung dịch sau đó bơm từ từ theo thành ống nội khí quản hoặc canul mở khí quản, sau 1-2 phút thì bắt đầu hút + Người lớn bơm từ 3-5 ml, trẻ em bơm từ 0,2-2ml + Không được bơm với áp lực mạnh và trực tiếp vào ống vì dễ gây kích thích làm ảnh hưởng đến bệnh nhân
12	<p>Thu dọn dụng cụ và bảo quản:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Lau chùi máy hút rồi xếp về chỗ cũ + Ghi hồ sơ
V	<p>ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Theo dõi mạch, huyết áp, SpO2 trong và sau khi làm kỹ thuật - Đánh giá tiếng thở: còn lọc sọc đờm dãi - Tình trạng oxy: màu sắc da, tím ? hồng? - Nhịp thở: chậm hoặc thở nhanh - Phát hiện các dấu hiệu bất thường hoặc có tai biến gì báo bác sỹ để xử trí kịp thời

QUY TRÌNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỠ XƯƠNG CÁNH TAY HỖ
(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Cố định tạm thời gãy xương cánh tay nhằm mục đích: - Giảm đau và phòng ngừa sốc - Giảm bớt nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da...
II	CHỈ ĐỊNH: Các trường hợp bị gãy xương cánh tay hở nói chung
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: điều dưỡng, hộ sinh
2	Bệnh nhân: - Động viên an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành - Đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi.
3	Dụng cụ: - Nẹp gỗ hoặc nẹp Cra-me - Băng cuộn - Băng không thấm nước - Hộp thuốc chống sốc - Dụng cụ thay băng: kim, kẹp phẫu tích, gạc, bông, dung dịch sát khuẩn, garo cầm máu
4	Địa điểm tiến hành: Tại cơ sở khám bệnh và bệnh viện.
5	Hồ sơ bệnh án (nếu có)
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
A	Trường hợp gãy hở đầu xương chồi ra ngoài
1	Không bao giờ kéo đầu xương gãy vào trong
2	Băng bó vết thương rồi mới cố định tư thế gãy + Cầm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương. + Đặt gạc hoặc miếng vải sạch lên đầu xương chồi ra + Đặt một vành khăn hoặc một đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương + Băng cố định vào vùng đệm bằng băng cuộn
3	Đề cánh tay sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay
4	Đặt 1 nẹp phía trong cánh tay từ hõm nách xuống khớp khuỷu tay
5	Đặt 1 nẹp ngoài cánh tay từ khớp vai xuống dưới khớp khuỷu tay
6	Có thể đặt nẹp Cra-me làm thành góc 90° đỡ cả cánh tay và cẳng tay băng lại
7	Lót bông không thấm nước vào các đầu nẹp, chỗ xương nhô ra

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
8	Buộc dây cố định trên ổ gậy
9	Buộc dây cố định dưới ổ gậy
10	Đỡ cẳng tay bằng băng cuộn và treo trước ngực, bàn tay cao hơn khuỷu tay và úp vào thân
11	Băng hoặc buộc cánh tay vào sát thân
B	Trong trường hợp gãy hở xương không chồi ra ngoài
1	Cầm máu bằng cách ép nhẹ nhàng mép vết thương lại. Không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy.
2	Đặt miếng gạc lên vết thương và đệm bông ở chung quanh miệng vết thương.
3	Các bước tiếp theo tương tự từ bước 3 đến bước 11 của trường hợp gãy hở đầu xương chồi ra ngoài
C	Trường hợp gãy xương có biến chứng tổn thương động mạch Đặt garo để cầm máu sau đó tiến hành các bước tiếp theo tương tự từ bước 3 đến bước 11 của trường hợp gãy hở đầu xương chồi ra ngoài.
V	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN - Tình trạng nơi cố định. - Diễn biến, tình trạng chung của nạn nhân. - Theo dõi phát hiện và xử trí kịp thời các tai biến có thể xảy ra.
VI	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH - Tay gãy luôn giữ ở tư thế bàn tay cao hơn khuỷu tay - Khi thấy có biểu hiện khác thường phải báo cho nhân viên y tế - Người nhà cần giúp đỡ người bệnh khi ăn uống vệ sinh

QUY TRÌNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỠ XƯƠNG CẰNG CHÂN HỠ
(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG - Gãy xương cẳng chân hở là tổn thương thông từ bề mặt của da với ổ gãy hoặc đầu xương gãy chồi ra ngoài. - Cố định tạm thời gãy xương cẳng chân nhằm mục đích giảm bớt sự đau đớn, tránh làm tổn thương nặng thêm, giữ nạn nhân ở tư thế thoải mái.
II	CHỈ ĐỊNH Các trường hợp gãy hở cẳng chân
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: điều dưỡng, hộ sinh, y sỹ
2	Bệnh nhân - Động viên an ủi người bệnh. - Cho nạn nhân nằm.
3	Dụng cụ: - Nẹp gỗ các cỡ - Băng cuộn hoặc dây to bản - Bông không thấm nước - Hộp dụng cụ thay băng: kim, kẹp phẫu tích, kéo, bông, dung dịch sát khuẩn,.. - Hộp thuốc chống sốc - Cáng hoặc xe
4	Địa điểm tiến hành: tại cơ sở khám bệnh và bệnh viện
5	Hồ sơ bệnh án (nếu có)
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
A	Trường hợp xương gãy chồi ra ngoài vết thương:
1	Không kéo nắn đầu xương vào trong
2	Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy (đặt gạc, đặt một vành khăn hoặc một đệm bông hình bán nguyệt lên vết thương, sau đó băng lại)
3	Hướng dẫn người phụ cẳng chân vuông góc với bàn chân
4	Đặt 2 nẹp: + 1 nẹp từ mắt cá trong đến giữa đùi + 1 nẹp từ mắt cá ngoài đến giữa đùi
5	Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp và chỗ xương nhô ra
6	Cố định: dùng gạc cuộn + 1 dây trên ổ gãy + 1 dây dưới ổ gãy + 1 dây trên khớp gối + 1 dây ở cổ chân + Dùng băng thun băng số 8 cố định bàn chân vuông góc với cổ chân

7	Cố định chân lành vào chân gãy (nếu không có nẹp cố định)
8	Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy
B	Trường hợp xương bị gãy không chồi ra ngoài
1	Cầm máu ép nhẹ 2 mép vết thương lại (không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy)
2	Đặt gạc lên vết thương và đệm bông ở xung quanh vết thương, băng lại
3	Các bước tiếp theo tiến hành tương tự bước 3 đến bước 8 trường hợp xương gãy chồi ra ngoài vết thương
C	Trường hợp gãy xương có biến chứng là có tổn thương thần kinh, mạch máu
1	Nếu có tổn thương động mạch phải đặt garo cầm máu, xử trí vết thương, sát khuẩn và băng lại
2	Các bước tiếp theo tiến hành tương tự bước 3 đến bước 8 trường hợp xương gãy chồi ra ngoài vết thương
V	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIẾN - Đánh giá, xử trí hô hấp, tuần hoàn trước khi cố định (nếu có). - Tình trạng người bệnh. - Theo dõi tuần hoàn chi gãy. - Diễn biến tình trạng người bệnh khi vận chuyển (nếu có). - Theo dõi sát và xử trí kịp thời những diễn biến bất thường xảy ra.
VI	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH - Người bệnh: + Khi nằm luôn nâng cao chân bên gãy để chống sự phù nề. + Tự theo dõi tuần hoàn chi gãy. + Nếu thấy trong người có sự thay đổi bất thường, đầu chi bị gãy tê bì, lạnh phải báo cho nhân viên y tế. - Người nhà: + Giúp đỡ người bệnh về vệ sinh cá nhân. + Phối hợp với điều dưỡng, hộ sinh xoa bóp nhẹ nhàng vùng gần nơi cố định để giúp cho tuần hoàn chi gãy lưu thông được tốt. + Cùng với điều dưỡng giúp người bệnh tập vận động và đi lại khi tổn thương đã ổn định.

QUY TRÌNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GÃY XƯƠNG CÁNH TAY KÍN
(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Cố định tạm thời gãy xương cánh tay nhằm mục đích: - Giảm đau và phòng ngừa sốc - Giảm bớt nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da...
II	CHỈ ĐỊNH Các trường hợp bị gãy xương cánh tay nói chung
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: điều dưỡng, hộ sinh
2	Bệnh nhân: - Động viên an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành - Đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi.
3	Dụng cụ: - Nẹp gỗ hoặc nẹp Cra-me - Băng cuộn - Bông không thấm nước - Hộp thuốc chống sốc
4	Tại cơ sở khám bệnh và bệnh viện.
5	Hồ sơ bệnh án (nếu có)
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:
1	Đỡ cánh tay sát thân, căng tay vuông góc với cánh tay
2	Đặt 1 nẹp phía trong cánh tay từ hõm nách xuống khớp khuỷu tay
3	Đặt 1 nẹp ngoài cánh tay từ khớp vai xuống dưới khớp khuỷu tay
4	Có thể đặt nẹp Cra-me làm thành góc 90 độ đỡ cả cánh tay và cẳng tay bằng lại
5	Lót bông không thấm nước vào các đầu nẹp, chỗ xương nhô ra
6	Buộc dây cố định trên ổ gãy
7	Buộc dây cố định dưới ổ gãy
8	Đỡ cẳng tay bằng băng cuộn và treo trước ngực, bàn tay cao hơn khuỷu tay và úp vào thân
9	Băng hoặc buộc cánh tay vào sát thân
10	<i>Lưu ý: Trường hợp nạn nhân không gập khuỷu tay vào được, cho nạn nhân nằm xuống và đặt tay bị thương dọc theo thân mình</i>
V	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN - Tình trạng nơi cố định. - Diễn biến, tình trạng chung của nạn nhân. - Theo dõi phát hiện và xử trí kịp thời các tai biến có thể xảy ra.

VI**HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**

- Tay gãy luôn giữ ở tư thế bàn tay cao hơn khuỷu tay
- Khi thấy có biểu hiện khác thường phải báo cho nhân viên y tế
- Người nhà cần giúp đỡ người bệnh khi ăn uống vệ sinh

QUY TRÌNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỠ XƯƠNG CẰNG CHÂN KÍN
(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG - Gãy xương cẳng chân kín là gãy xương mà tổ chức da ở xung quanh ổ gãy không bị tổn thương hoặc có thể bị tổn thương nhưng không thông với ổ gãy - Cố định tạm thời gãy xương cẳng chân nhằm mục đích giảm bớt sự đau đớn, tránh làm tổn thương nặng thêm, giữ nạn nhân ở tư thế thoải mái.
II	CHỈ ĐỊNH Các trường hợp bị gãy xương cẳng chân kín
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: điều dưỡng, hộ sinh, y sỹ
2	Bệnh nhân: - Động viên an ủi người bệnh. - Cho nạn nhân nằm.
3	Dụng cụ: - Nẹp gỗ các cỡ - Gạc cuộn, băng thun - Bông không thấm nước - Hộp thuốc chống sốc - Cáng, xe
4	Địa điểm tiến hành: Tại cơ sở khám bệnh và bệnh viện.
5	Hồ sơ bệnh án (nếu có)
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Hướng dẫn người phụ cẳng chân vuông góc với bàn chân.
2	Đặt 2 nẹp: + 1 nẹp từ mắt cá trong đến giữa đùi + 1 nẹp từ mắt cá ngoài đến giữa
3	Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp và chỗ xương nhô ra. Cố định: dùng gạc cuộn + 1 dây trên ổ gãy + 1 dây dưới ổ gãy + 1 dây trên khớp gối + 1 dây ở cổ chân + Dùng băng thun băng số 8 cố định bàn chân vuông góc với cổ chân
4	Cố định chân lạnh vào chân gãy (nếu không có nẹp cố định)
5	Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy
6	Vận chuyển nạn nhân lên cáng và theo dõi tuần hoàn chi gãy khi di chuyển (nếu có)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
V	<p>ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá, xử trí hô hấp, tuần hoàn trước khi cố định (nếu có). - Tình trạng người bệnh. - Theo dõi tuần hoàn chi gãy. - Diễn biến tình trạng người bệnh khi vận chuyển (nếu có). - Theo dõi sát và xử trí kịp thời những diễn biến bất thường xảy ra.
VI	<p>HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Người bệnh: <ul style="list-style-type: none"> + Khi nằm luôn nâng cao chân bên gãy để chống sự phù nề. + Tự theo dõi tuần hoàn chi gãy. + Nếu thấy trong người có sự thay đổi bất thường, đầu chi bị gãy tê bì, lạnh phải báo cho nhân viên y tế. - Người nhà: <ul style="list-style-type: none"> + Giúp đỡ người bệnh về vệ sinh cá nhân. + Phối hợp với điều dưỡng, hộ sinh xoa bóp nhẹ nhàng vùng gần nơi cố định để giúp cho tuần hoàn chi gãy lưu thông được tốt. + Cùng với điều dưỡng giúp người bệnh tập vận động và đi lại khi tổn thương đã ổn định.

QUY TRÌNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỖ XƯƠNG ĐÙI KÍN
(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG - Gãy kín là gãy xương mà tổ chức da ở xung quanh ổ gãy không bị tổn thương hoặc có thể bị tổn thương nhưng không thông với ổ gãy. - Cố định tạm thời nhằm mục đích: + Giảm đau + Phòng chống sốc + Hạn chế nguy cơ tổn thương mạch máu, thần kinh, cơ da...
II	CHỈ ĐỊNH Các trường hợp bị gãy xương đùi kín
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: điều dưỡng, hộ sinh, y sỹ, bác sỹ
2	Bệnh nhân: - Động viên an ủi người bệnh. - Cho nạn nhân nằm.
3	Dụng cụ: - Nẹp gỗ - Băng cuộn, băng thun - Băng không thấm nước - Hộp thuốc chống sốc - Cáng- xe
4	Địa điểm tiến hành: Tại nơi xảy ra tai nạn, tại cơ sở khám bệnh và bệnh viện
5	Hồ sơ bệnh án (nếu có)
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Tiến hành kỹ thuật này cần 3 người
2	Phòng chống sốc cho nạn nhân thực hiện theo y lệnh của bác sĩ
3	Hướng dẫn người phụ: + 1 người đỡ trên và dưới ổ gãy + 1 người giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân và kéo liên tục theo trục của chi bằng 1 lực không đổi trong suốt thời gian cố định
4	Giữ bàn chân ở tư thế cơ năng: bàn chân vuông góc với cẳng chân
5	Đặt nẹp: + Đặt nẹp dưới từ bả vai đến gót chân + Đặt nẹp trong từ bẹn đến quá gót chân(có thể thay thế nẹp trong bằng chân lành và đệm lót giữa 2 chân bằng chăn mỏng: trường hợp tùy ứng) + Đặt nẹp ngoài từ nách đến gót chân
6	Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp, chỗ sát xương, chỗ lõm.
7	Buộc 1 dây trên ổ gãy

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
8	Buộc 1 dây dưới ổ gậy
9	Buộc 3 dây lần lượt: ngang hông, dưới gối, ngang ngực.
10	Dùng băng thun băng theo kiểu số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân.
11	Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy
12	Buộc 2 dây với 2 chi với nhau (nếu không có nẹp)
13	Nhanh chóng vận chuyển nạn nhân nhẹ nhàng đến cơ sở điều trị hoặc làm các thủ tục tiếp theo theo lệnh của bác sĩ.
14	Khi trời lạnh, ủ ấm cho bệnh nhân để phòng chống sốc
V	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI, XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ GHI HỒ SƠ <ul style="list-style-type: none"> - Ngày giờ thực hiện. - Tình trạng toàn thân của người bệnh. - Tuần hoàn chi gãy. - Diễn biến tình trạng chung của nạn nhân trên đường di chuyển (nếu có) - Xử trí sốc nếu có. - Báo cáo các phương pháp xử trí nếu có sự cố xảy ra. - Tên người thực hiện. - Bàn giao người bệnh đầy đủ (nếu có)
VI	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH
1	Hướng dẫn người bệnh: <ul style="list-style-type: none"> - Khi nằm luôn gác chân lên để tránh phù nề. - Nếu thấy trong người có sự thay đổi bất thường, đầu chi bị gãy tê bì, lạnh phải báo cho nhân viên y tế.
2	Gia đình người bệnh: Phối hợp với điều dưỡng giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân.

QUY TRÌNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GÃY XƯƠNG CẢNG TAY KÍN
 (Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Cố định tạm thời gãy xương cánh tay nhằm mục đích: - Giảm đau và phòng ngừa sóc - Giảm bớt nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da...
II	CHỈ ĐỊNH Các trường hợp bị gãy xương cẳng tay kín nói chung
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: điều dưỡng, hộ sinh
2	Bệnh nhân: - Động viên an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành - Cho người bệnh nằm hoặc ngồi.
3	Dụng cụ: - Nẹp gỗ hoặc nẹp Cra-me - Băng cuộn - Bông không thấm nước - Hộp thuốc chống sóc.
4	Địa điểm tiến hành: Tại cơ sở khám bệnh và bệnh viện.
5	Hồ sơ bệnh án (nếu có)
III	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
A	Trường hợp gấp khuỷu tay được
1	Đỡ cẳng tay sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay, lòng bàn tay để ngửa
2	Đặt 1 nẹp trong từ lòng bàn tay đến nếp khuỷu tay
3	Đặt 1 nẹp ngoài từ đầu ngón tay đến quá khuỷu
4	Cố định: - 1 dây to bản ở trên ổ gãy - 1 dây to bản ở dưới ổ gãy - 1 dây to bản ở bàn tay
5	Đỡ cẳng tay bằng băng cuộn và treo trước ngực, bàn tay cao hơn khuỷu tay và úp vào thân
B	Trường hợp không thể gấp khuỷu tay được
1	Không cố dùng sức để gấp khuỷu tay. Bảo người bệnh dùng tay lành đỡ tay bị gãy ở vị trí đó nếu có thể.
2	Đặt người bệnh nằm xuống và đặt tay bị gãy dọc theo thân. - Đặt 1 miếng đệm dài vào tay bị thương và thân - Buộc 1 dây quanh cổ tay và đùi

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	- Buộc 1 dây quanh cánh tay và ngực
	- Buộc 1 dây quanh cẳng tay và bụng
3	Nhanh chóng nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân khi tình trạng đã ổn định đến cơ sở điều trị (nếu có)
V	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN - Toàn trạng của người bệnh và tuần hoàn chi gãy. - Xử trí sóc nếu có. - Theo dõi, phát hiện và xử trí kịp thời các tai biến hoặc báo bác sỹ.
VI	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH - Nếu thấy trong người đau đớn, phía dưới nơi cố định thấy tím, lạnh đầu chi bị gãy phải báo ngay cho nhân viên y tế. - Giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân

QUY TRÌNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GÃY ĐÙI HỖ
(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG - Gãy xương hở là một tổn thương thông từ bề mặt của da với ổ gãy hoặc một đầu xương gãy chồi ra ngoài. - Cố định tạm thời nhằm mục đích: + Giảm đau + Phòng chống sốc + Hạn chế nguy cơ tổn thương mạch máu, thần kinh, cơ da... + Phòng nhiễm khuẩn vết thương
II	CHỈ ĐỊNH Các trường hợp bị gãy xương đùi hở
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: điều dưỡng, hộ sinh, y sỹ, bác sỹ
2	Bệnh nhân: - Động viên an ủi người bệnh - Cho nạn nhân nằm
3	Dụng cụ: - Nẹp gỗ - Băng cuộn, băng thun - Băng không thấm nước - Hộp dụng cụ thay băng: kim, kẹp phẫu tích, kéo, bông, dung dịch sát khuẩn,.. - Hộp thuốc chống sốc - Cáng hoặc xe
4	Địa điểm tiến hành: tại cơ sở khám bệnh và bệnh viện.
5	Hồ sơ bệnh án (nếu có)
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Tiến hành kỹ thuật này cần 3 người
2	Phòng chống sốc cho nạn nhân thực hiện theo y lệnh của bác sĩ
3	Giải quyết tuần hoàn, hô hấp trước khi sơ cứu
4	- Hướng dẫn người phụ: + 1 người đỡ trên và dưới ổ gãy + 1 người giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân
5	Giữ bàn chân ở tư thế cơ năng; bàn chân vuông góc với cẳng chân
6	Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy + Cầm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương + Đặt gạc hoặc miếng vải lên trên đầu xương chồi ra

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	+ Đặt 1 vành khăn hoặc 1 đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương + Băng cố định gác vào vòng đệm bằng băng cuộn
7	Đặt nẹp: + Đặt nẹp dưới từ bả vai đến gót chân + Đặt nẹp trong từ bẹn đến quá gót chân(có thể thay thế nẹp trong bằng chân lạnh và đệm lót giữa 2 chân bằng chăn mỏng: trường hợp tùy ứng) + Đặt nẹp ngoài từ nách đến gót chân
8	Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp, chỗ sát xương, chỗ lõm
9	Buộc 1 dây trên ổ gãy
10	Buộc 1 dây dưới ổ gãy
11	Buộc 3 dây lần lượt: ngang hông, dưới gối, ngang ngực
12	Dùng băng thun băng theo kiểu số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân
13	Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy
14	Buộc 2 dây với 2 chi với nhau (nếu không có nẹp)
15	Nhanh chóng vận chuyển nạn nhân nhẹ nhàng đến cơ sở điều trị hoặc làm các thủ tục tiếp theo theo y lệnh của bác sĩ
16	Khi trời lạnh, ủ ấm cho bệnh nhân để phòng chống sốc
V	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI, XỬ TRÍ TẠI BIÊN VÀ GHI HỒ SƠ - Ngày giờ thực hiện. - Tình trạng toàn thân của người bệnh. - Tuần hoàn chi gãy. - Diễn biến tình trạng chung của nạn nhân trên đường di chuyển (nếu có) - Xử trí sốc nếu có. - Báo cáo các phương pháp xử trí nếu có cố cố xảy ra. - Tên người thực hiện. - Bàn giao người bệnh đầy đủ (nếu có)
VI	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH
1	Hướng dẫn người bệnh: - Khi nằm luôn gác chân lên để tránh phù nề. - Nếu thấy trong người có sự thay đổi bất thường, đầu chi bị gãy tê bì ,lạnh phải báo cho nhân viên y tế. - Tự theo dõi tuần hoàn chi gãy.
2	Gia đình người bệnh: Phối hợp với điều dưỡng giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân.

QUY TRÌNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỠ XƯƠNG CẰNG TAY HỖ
(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Cố định tạm thời gãy xương cánh tay nhằm mục đích: - Giảm đau và phòng ngừa sóc - Giảm bớt nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da...
II	CHỈ ĐỊNH Các trường hợp bị gãy xương cẳng tay kín nói chung
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: điều dưỡng, hộ sinh
2	Bệnh nhân: - Động viên an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành - Cho người bệnh nằm hoặc ngồi.
3	Dụng cụ: - Nẹp gỗ hoặc nẹp Cra-me - Băng cuộn - Bông không thấm nước - Hộp thuốc chống sóc - Dụng cụ thay băng: kim, kẹp phẫu tích, gạc, bông, dung dịch sát khuẩn, garo cầm máu (nếu cần)
4	Địa điểm tiến hành: Tại cơ sở khám bệnh và bệnh viện.
5	Hồ sơ bệnh án (nếu có)
III	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
A	Trường hợp gãy hở chồi đầu xương ra ngoài
1	Không bao giờ kéo đầu xương gãy vào trong
2	Băng bó vết thương rồi mới cố định tư thế gãy + Cầm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương. + Đặt gạc hoặc miếng vải sạch lên đầu xương chồi ra + Đặt 1 vành khăn hoặc 1 đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương + Băng cố định vào vùng đệm bằng băng cuộn
3	Đỡ cẳng tay sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay, lòng bàn tay để ngửa
4	Đặt 1 nẹp trong từ lòng bàn tay đến nếp khuỷu tay
5	Đặt 1 nẹp ngoài từ đầu ngón tay đến quá khuỷu

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
6	Cố định: - 1 dây to bản ở trên ổ gãy - 1 dây to bản ở dưới ổ gãy
	- 1 dây to bản ở bàn tay
7	Đỡ cẳng tay bằng băng cuộn và treo trước ngực, bàn tay cao hơn khuỷu tay và úp vào thân
B	Trường hợp gãy hở đầu xương chồi ra ngoài
1	Cầm máu bằng cách ép nhẹ nhàng mép vết thương lại. Không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy.
2	Đặt miếng gạc lên vết thương và đệm bông ở chung quanh miệng vết thương.
3	Các bước tiếp theo tương tự từ bước 3 đến bước 7 của trường hợp gãy hở đầu xương chồi ra ngoài
C	Trường hợp gãy xương có biến chứng tổn thương động mạch Đặt garo để cầm máu sau đó tiến hành các bước tiếp theo như từ bước 3 đến bước 7 của trường hợp gãy hở đầu xương chồi ra ngoài
V	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN - Toàn trạng của người bệnh và tuần hoàn chi gãy. - Xử trí sốc nếu có. - Theo dõi, phát hiện và xử trí kịp thời các tai biến hoặc báo bác sỹ.
VI	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH - Nếu thấy trong người đau đớn, phía dưới nơi cố định thấy tím, lạnh đầu chi bị gãy phải báo ngay cho nhân viên y tế. - Giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân

QUY TRÌNH RỬA DẠ DÀY TRONG CẤP CỨU
(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Rửa dạ dày là kỹ thuật luồn ống thông vào dạ dày người bệnh để tháo rửa các chất trong dạ dày ra như thức ăn, dịch vị, chất độc.
II	CHỈ ĐỊNH - Trước phẫu thuật đường tiêu hóa (khi người bệnh ăn chưa quá 6 giờ). - Các trường hợp ngộ độc cấp (thức ăn, thuốc, hóa chất) trong vòng 6 giờ sau khi uống độc chất.
III	CHỐNG CHỈ ĐỊNH - Ngộ độc acid hoặc base mạnh hoặc ngộ độc sau 6 tiếng. - Phồng động mạch chủ, tổn thương thực quản, bóng, u, dò thực quản. - Người bệnh suy kiệt nặng... - Thủng dạ dày. - Hôn mê (nếu rửa phải đặt nội khí quản).
IV	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: 01 điều dưỡng và 01 bác sĩ đeo tạp dề nylon, găng tay nếu người bệnh ngộ độc phospho hữu cơ.
2	Dụng cụ: - Bộ dụng cụ rửa dạ dày hệ thống kín hoặc hệ thống máy rửa dạ dày - Ống thông Faucher cỡ to 14-22 - Nước sôi để nguội có pha 5g muối ăn cho 1 lít. Chuẩn bị 5 lít. - Xô đựng nước, ca múc nước - Nước sôi để nguội, nước nóng (để pha nếu thời tiết lạnh) - Than hoạt, Sorbitol - Canul, đèn lưỡi - Ống NKQ, dụng cụ đặt NKQ - Máy hút - Bơm tiêm 50 ml - Ống nghe và bộ đo huyết áp - Khăn mặt, gạc sạch - Nylon, xô đựng nước thải, khay hạt đậu
3	Người bệnh: - Nếu người bệnh tỉnh giải thích cho người bệnh biết kỹ thuật sắp tiến hành hoặc giải thích cho người nhà (nếu người bệnh hôn mê) - Tháo răng giả. - Nằm đầu thấp, mặt nghiêng về bên trái

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	<ul style="list-style-type: none"> - Nếu bệnh nhân hôn mê có nguy cơ sặc, rối loạn ý thức cần đặt NKQ có bóng chèn trước khi rửa. - Nếu người bệnh có suy hô hấp, trụy mạch thì phải hồi sức trước đến khi ổn định mới tiến hành súc rửa.
4	Hồ sơ bệnh án (nếu có)
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Kiểm tra hồ sơ
2	Kiểm tra người bệnh
3	Trải nylon dưới giường và trên ngực người bệnh, đặt khay quả đậu cạnh má
4	Mang găng tay sạch
5	Đo ống thông từ cánh mũi đến dái tai vòng xuống mũi ức (45- 50cm) đánh dấu lại, bôi trơn đầu ống bằng dầu nhờn
6	Dùng đèn lưỡi mở miệng hoặc canul, nhẹ nhàng đưa ống vào miệng(nếu khó khăn có thể dùng ống thông nhỏ hơn đưa qua đường mũi)
7	Vừa luồn ống thông vừa động viên người bệnh nuốt phối hợp nếu người bệnh tỉnh
8	Kiểm tra ống thông chắc chắn vào dạ dày bằng 1 trong 3 cách sau: <ul style="list-style-type: none"> + Nhúng đầu ống thông vào cốc nước nếu không sủi bọt là đúng vào trong dạ dày + Dùng bơm tiêm hút dịch vị, kết hợp lấy độc chất làm xét nghiệm + Dùng bơm tiêm bơm hơi và nghe vùng thượng vị
9	Đổ nước vào hệ thống kín (treo cao ít nhất 30cm so với người bệnh), xả lượng nước từ từ mỗi lần từ 300-500ml, xả van ra của hệ thống. Trường hợp xúc rửa tự động bằng máy chỉnh theo chế độ hướng dẫn của máy súc rửa
10	Rửa cho đến khi nước trong * Lượng nước rửa ở người lớn: <ul style="list-style-type: none"> + Với Phospho hữu cơ phải pha than hoạt trong những lít đầu tiên và rửa khoảng 10 lít lần đầu, khoảng 05 lít với lần 2 + Với thuốc ngủ: 5- 10 lít và chỉ rửa 1 lần đến khi nước trong
11	Kết thúc rửa: hút hết dịch trong dạ dày, bơm vào dạ dày 20 gram than hoạt cùng với 20 gam Sorbitol, nhắc lại sau 2 giờ cho đến khi đạt 120 gram than hoạt.
12	Rút ống thông, tháo băng dính cố định. Thu dọn dụng cụ.
V	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN <ul style="list-style-type: none"> - Theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, phản xạ ho để tránh hít phải dịch - Theo dõi kết quả của than hoạt và thuốc tẩy: đi ngoài ra than hoạt - Nôn mửa gây sặc dịch dạ dày: đặt nội khí quản có bóng chèn, rót nước một lần dưới 500ml. - Nhịp tim chậm, ngất do kích thích dây X: hồi sức cấp cứu. - Rối loạn nước, điện giải do ngộ độc nước nếu không pha muối và rửa

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	<p>quá nhiều (trên 20 lít): phải dùng lợi tiểu mạnh (Lasix) kết hợp truyền dung dịch NaCl ưu trương.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tăng natri máu và mất nước nếu pha muối trên 9g/lít: truyền bù dịch rồi cho lasix, theo dõi và điều chỉnh điện giải theo kết quả xét nghiệm. - Hạ thân nhiệt do trời lạnh: khi thời tiết lạnh, pha nước ấm để rửa dạ dày, sưởi ấm cho người bệnh.
VI	<p>HƯỚNG DẪN NGƯỜI NHÀ VÀ GIA ĐÌNH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tác hại của việc sử dụng độc chất, động viên người bệnh nếu cố ý sử dụng. - Hướng dẫn người bệnh cách bảo quản và cách sử dụng thuốc và hóa chất (nếu do nhầm lẫn) và chú ý để xa tầm tay của trẻ em.

QUY TRÌNH KIỂM TRA RAU

(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Kiểm tra rau là thao tác quan sát các mặt múi, mặt màng của bánh rau, các màng rau, dây rốn có bình thường không và có sót rau, sót màng không.
II	CHỈ ĐỊNH Thực hiện cho tất cả các cuộc đẻ đường dưới
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: hộ sinh, điều dưỡng
2	Dụng cụ - Một khay to - Găng cao su cho người kiểm tra rau
3	Hồ sơ bệnh án
III	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Kiểm tra màng rau. - Quan sát màng rau và đánh giá xem đủ hay thiếu. - Quan sát vị trí lỗ rách ôi . - Với bánh rau sinh đôi cần bóc tách phần màng để đánh giá 1 hay 2 bánh rau. - Quan sát vị trí bám của dây rốn: bám trung tâm, bám cạnh hay bám màng. - Quan sát các mạch máu từ chân dây rốn đi ra đến tận bờ mép bánh rau để phát hiện múi rau phụ.
2	Kiểm tra bánh rau: lần lượt kiểm tra các phần sau: - Quan sát kĩ các múi rau từ trung tâm ra xung quanh xem có múi nào bị khuyết không. - Đánh giá chất lượng bánh rau: có các ổ nhồi máu, các ổ lắng đọng calci, tình trạng rau có bị xơ hóa hay không.
3	Kiểm tra dây rốn. - Tìm xem có bị thắt nút (nút thật). - Quan sát mặt cắt của dây rốn, kiểm tra các mạch máu rốn. - Đo độ dài dây rốn, đo 2 phía (phía bám vào bánh rau và phía bám vào rốn sơ sinh). - Kết thúc phần kiểm tra, thông báo kết quả cho sản phụ biết và giải thích những điều cần thiết nếu có những bất thường cần phải xử trí tiếp. - Giúp sản phụ đóng khăn vệ sinh và mặc váy, áo.
IV	Theo dõi và xử trí tai biến.

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
1	<p>Theo dõi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ngay khi kiểm tra rau, phải đếm mạch và đo huyết áp, ghi hồ sơ. - Trước khi chuyển sản phụ về buồng hậu sản cũng phải theo dõi và ghi lại trong hồ sơ tình trạng mạch, huyết áp, mức độ chảy máu, co hồi tử cung và toàn trạng.
2	<p>Xử trí</p>
2.1	<p><i>Trường hợp sau khi rau ra bị băng huyết.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kiểm soát tử cung rồi cho thuốc co tử cung và kháng sinh và hồi sức (nếu cần) tại tất cả các tuyến.
2.2	<p><i>Trường hợp sót rau hoặc sót nhiều màng rau (trên 1/3 màng bị sót).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nếu không băng huyết: Kiểm soát tử cung lấy rau và màng bị sót rồi tiêm thuốc co tử cung và kháng sinh. - Nếu có băng huyết: tiến hành hồi sức, cầm máu cơ học, kiểm soát tử cung, tiêm thuốc co tử cung và dùng kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn.

QUY TRÌNH ĐỠ ĐẼ NGÔI CHỖM*(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)*

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Đỡ đẻ thường ngôi chỏm là thủ thuật tác động vào thì số thai để giúp cuộc đẻ được an toàn theo đường âm đạo, không cần can thiệp (trừ trường hợp cắt tầng sinh môn).
II	Chỉ định Thai ngôi chỏm, đầu đã lọt thấp, thập thò ở âm hộ và chuẩn bị sỏ.
III	Chống chỉ định - Thai không có khả năng đẻ được theo đường dưới. - Ngôi chỏm chưa lọt.
IV	Chuẩn bị
1	Người thực hiện: Bác sỹ, Y sỹ, điều dưỡng, hộ sinh
2	Sản phụ - Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn và thư giãn ngoài cơn rặn. - Được hướng dẫn đi đại tiện hoặc thụt tháo phân lúc mới bắt đầu chuyển dạ và tiểu tiện khi sắp đẻ. Nếu có cầu bàng quang mà không tự đái được thì thông tiểu. - Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín. - Sát khuẩn rộng vùng sinh dục và bẹn, đùi, trái khăn vô khuẩn. - Tư thế sản phụ: nằm ngửa trên bàn đẻ, nâng giường đẻ lên để có tư thế nửa nằm nửa ngồi, đầu cao, hai tay nắm vào hai thành bàn đẻ, hai đùi giang rộng, mông sát mép bàn, hai cẳng chân gác trên hai cọc chống giữ chân.
3	Phương tiện - Bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khăn vô khuẩn - Bộ dụng cụ cắt, khâu tầng sinh môn. - Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu. - Dụng cụ để hút nhớt và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống nhựa, bóng và mặt sơ sinh) - Thông tiểu
4	Hồ sơ bệnh án

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
V	CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH
A	<p>Nguyên tắc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Người đỡ đẻ phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn trong khi đỡ đẻ, phải kiên nhẫn chờ đợi, hướng dẫn sản phụ rặn khi cổ tử cung mở hết và có cơn co tử cung, không được nong cổ tử cung và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ. - Ở thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co tử cung, tim thai, độ xóa mở cổ tử cung, độ lọt, khi cổ tử cung mở hết đầu lọt thấp mới cho sản phụ rặn. - Thời gian rặn tối đa ở người con so là 60 phút, ở người con rạ là 30 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp để lấy thai ra bằng forceps hoặc bằng giác kéo. - Trong thời gian sản phụ rặn đẻ vẫn phải theo dõi tim thai thường xuyên, sau mỗi cơn rặn.
B	<p>Người đỡ đẻ chỉ bắt đầu đỡ khi có đủ các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cổ tử cung mở hết. - Ối đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối). - Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm tăng sinh môn căng giãn, hậu môn loe rộng. - Hướng dẫn cho sản phụ chỉ rặn khi có cảm giác mót rặn cùng với sự xuất hiện của cơn co tử cung.
C	Các thao tác đỡ đẻ
1	ĐỖ ĐẦU
	<p><i>Số kiểu chăm vệ:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng chăm trong mỗi cơn co tử cung. - Nếu cần thì cắt tầng sinh môn ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ, vào lúc tầng sinh môn giãn căng. - Khi hạ chăm từ dưới khớp vệ: sản phụ ngừng rặn, một tay giữ tầng sinh môn, một tay đẩy vào vùng trán ngược lên trên, giúp đầu ngửa dần, mắt, mũi, miệng, cằm sẽ lần lượt sổ ra ngoài.
	<p><i>Số kiểu chăm cùng:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Khi đỡ đầu vì ngôi chỏm sổ kiểu chăm cùng mặt thai ngửa lên phía xương mu người mẹ nên phải giúp đầu cúi bằng cách dùng đầu ngón tay ấn vào đầu thai từ dưới lên. - Khi hạ chăm của thai ra đến mép sau âm hộ thì cho đầu thai ngửa dần ra sau để lộ các phần trán, mắt, mũi, cằm. - Khi đầu đã sổ hoàn toàn chờ cho đầu tự quay về phía nào sẽ giúp thai quay hẳn sang bên đó (trái hoặc phải ngang).
2	ĐỖ VAI
	<ul style="list-style-type: none"> - Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho chăm quay về bên đó (chăm trái - ngang hoặc chăm phải - ngang), kiểm tra dây rốn nếu quấn cổ: gỡ hoặc cắt (khi chặt không gỡ được).

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	<p>- Hai bàn tay ôm đầu thai nhi ở hai bên đỉnh thái dương, kéo thai xuống theo trục rốn - cụt để vai trước sổ trước. Khi bờ dưới cơ delta tì dưới khớp vệ thì một tay giữ đầu (cổ nằm giữa khe hai ngón cái và trỏ) tay kia giữ tầng sinh môn, nhấc thai lên phía trên và cho sổ vai sau. Ở thì này dễ rách tầng sinh môn, vì vậy phải giữ tầng sinh môn tốt và cho vai sổ từ từ.</p>
3	<p>ĐỔ THÂN – MÔNG - CHI Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ tầng sinh môn để thân thai nhi sổ và khi thân ra ngoài thì bắt lấy hai bàn chân.</p>
4	<p>TIẾP XÚC DA KÈ DA NGAY SAU ĐỂ Sau khi thai sổ, đánh giá nhanh tình trạng trẻ. Nếu trẻ khóc hoặc trương lực cơ tốt thì đặt trẻ lên bụng mẹ.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhanh chóng, vừa lau khô trẻ theo trình tự (lau mắt, mặt, đầu, ngực, bụng, tay, chân, mông...) vừa đánh giá nhanh toàn trạng chung của trẻ theo thường qui. - Bỏ khăn đã lau khô cho trẻ - Đặt trẻ nằm sấp tiếp xúc da kề da trên bụng mẹ, đầu nằm nghiêng giữa hai bầu vú, ngực áp vào ngực mẹ, tay để sang hai bên. Dùng 1 khăn khô, sạch để che lưng cho trẻ. Đội mũ cho trẻ. Nếu trời lạnh có thể dùng thêm áo ấm của mẹ hoặc khăn bông ấm đắp bên ngoài cho cả mẹ và con. - Hướng dẫn và hỗ trợ người mẹ ôm ấp, vuốt ve trẻ. <p><i>Chú ý: Chỉ kẹp cắt rốn ngay nếu trẻ cần phải hồi sức</i></p>
5	<p>TIÊM OXYTOXIN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sau khi đặt trẻ lên bụng mẹ, cho mẹ ôm lấy trẻ, sờ nắn tử cung qua thành bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung. - Tiến hành tiêm 10đv oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ.
6	<p>KẸP DÂY RÓN MUỘN MỘT THÌ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chờ đến khi dây rốn ngừng đập thì mới tiến hành kẹp và cắt dây rốn. - Kẹp thứ nhất cách chân rốn 2cm, kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 3cm, cắt dây rốn sát kẹp thứ nhất bằng kéo vô khuẩn.
7	<p>KÉO DÂY RÓN CÓ KIỂM SOÁT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ để đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co tốt mới thực hiện các bước tiếp theo. - Một tay cầm kẹp và dây rốn, giữ căng dây rốn, bàn tay còn lại đặt lên trên khớp vệ giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên trên về phía xương ức trong khi tay cầm kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang rồi kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn đáy tử cung. - Khi bánh rau đã ra đến âm hộ thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh rau kéo màng rau bong ra theo. Nếu màng rau không bong ra thì 2 tay người đỡ giữ bánh rau xoay theo 1 chiều để màng rau sổ ra ngoài. - Nếu kéo dây rốn trong 30-40 giây mà bánh rau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong rau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa.

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	<ul style="list-style-type: none"> - Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến khi tử cung co bóp trở lại. - Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải kết hợp với ấn ngược tử cung về phía xương ức khi có cơn co tử cung.
8	<p>XOA ĐÁY TỬ CUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sau khi rau sổ ra ngoài phải xoa đáy tử cung qua thành bụng cho đến khi tử cung co chặt lại. - Cứ 15 phút xoa đáy tử cung 1 lần trong 2 giờ đầu (có thể hướng dẫn cho sản phụ hoặc gia đình hỗ trợ). - Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung. <p><i>Chú ý</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kiểm tra rau để tránh sót rau. Nếu sót rau hay có chảy máu phải tiến hành kiểm soát tử cung, tìm nguyên nhân chảy máu sau để kịp thời xử trí theo đúng phác đồ. - Nếu sau 30 phút mà bánh rau chưa bong hoặc chảy máu nhiều thì cần tiến hành bóc rau nhân tạo ngay.
9	<p>HỖ TRỢ BÀ MẸ CHO TRẺ BÚ SỚM VÀ BÚ HOÀN TOÀN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quan sát các dấu hiệu đòi bú của trẻ: trẻ mở miệng, chấy dãi, mút ngón tay, trườn tìm vú mẹ. - Hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm ngay trên bụng mẹ, cho em bé nằm trên bụng mẹ 60-90 phút nếu tình trạng của mẹ và bé cho phép. - Sau khi trẻ bú xong bữa bú đầu tiên mới tiến hành chăm sóc thường quy như cân, đo chiều cao, vòng đầu, tiêm vacxin, vitamin K1 theo quy định.
VI	THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
1	Theo dõi sát tim thai, cơn go tử cung, lượng máu ra ở âm đạo
2	Nếu có dấu hiệu suy thai (nhịp tim thai ≥ 160 lần/phút hoặc ≤ 120 lần/phút), cơn go cường tính thì báo ngay bác sĩ.
3	Thời gian sổ thai tối đa 45 phút đối với con so, 30 phút đối với con Ạ. Nếu quá thời gian trên phải có hướng xử trí thích hợp.
4	Sau sổ thai tử cung go hồi kém, máu âm đạo ra nhiều màu đỏ tươi, tiến hành xoa đáy tử cung tích cực, báo BS.

QUY TRÌNH ĐO NON – STRESSTEST (Máy BT 300)*(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)*

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Đo Nonstresstest là quá trình ghi lại biểu đồ nhịp tim thai khi không có cơn go tử cung nhằm khảo sát đáp ứng tăng nhịp tim thai tiếp theo sau các cử động thai; đánh giá sức khỏe thai nhi; phát hiện sớm tình trạng suy thai.
II	CHỈ ĐỊNH Tất cả các sản phụ nhập viện chuyên dạ sinh (trừ các trường hợp sản phụ nhập viện cấp cứu)
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: BS, NHS
2	Sản phụ: Giải thích cho sản phụ biết việc sắp làm và hướng dẫn những điều cần thiết.
3	Phương tiện: máy monitoring sản khoa
4	Hồ sơ bệnh án
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Cho sản phụ nằm lên bàn, tư thế thoải mái
2	Cắm phích điện vào nguồn điện, bật công tắc nguồn (nút màu đen phía sau máy)
3	Cho 1 ít gel lên đầu dò tim thai (ký hiệu DOP), tìm đúng vị trí tim thai (nhịp tim nghe rõ và ổn định), dùng dây đai để cố định đầu dò
4	Điều chỉnh âm thanh vừa đủ nghe (bằng nút mũi tên lên, xuống) và tiếp tục đặt đầu dò thứ 2 (nếu đo song thai)
5	Đề thai phụ giữ công tắc dây Mark, hướng dẫn thai phụ bấm công tắc mỗi khi thai cử động
6	Nhấn nút mở/tắt chuông (nút màu cam bên tay phải) để mở/tắt chuông báo động (báo khi nhịp tim thai nằm ngoài vùng chỉ định)
7	Nhấn nút lệnh in (màu xanh bên tay phải) để chạy giấy in trong vòng 30 phút hoặc theo chỉ định
8	Kết thúc đo: tắt công tắc nguồn, lấy đầu dò khỏi thai phụ, xé giấy in ra khỏi máy và dán vào hồ sơ bệnh án.
V	THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
1	Xác định đúng ổ tim thai để đặt đầu dò tim thai đúng vị trí
2	Hướng dẫn thai phụ bấm công tắc ngay mỗi khi có cử động thai
3	Thời gian đo Nonstresstest là 30 phút

QUY TRÌNH LÀM THUỐC SẢN PHỤ

(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Làm thuốc cho sản phụ nhằm mục đích vệ sinh sạch sẽ bộ phận sinh dục và tầng sinh môn, giúp sản dịch thoát ra ngoài nhanh hơn, tử cung co hồi tốt hơn.
II	CHỈ ĐỊNH Tất cả sản phụ sau sinh
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: điều dưỡng, hộ sinh
2	Sản phụ: Hướng dẫn sản phụ chuẩn bị băng vệ sinh, quần sạch.
3	Phương tiện: - Phòng làm thuốc kín, tránh gió lùa - Dụng cụ vô khuẩn: kelly dài, bông - Dụng cụ sạch: ca đựng nước, tấm trải nilon. - Dung dịch sát khuẩn povidin 10%
4	Hồ sơ bệnh án
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Đóng kín phòng, giải thích cho sản phụ yên tâm
2	Kiểm tra lại dụng cụ đầy đủ
3	Trải tấm nilon dưới mông sản phụ
4	Hướng dẫn sản phụ nằm tư thế phụ khoa, bộc lộ vị trí cần làm thuốc.
5	Mang găng
6	Lấy băng vệ sinh bẩn bỏ vào thùng rác vàng.
7	Nhận định màu sắc, mùi của sản dịch để phát hiện những bất thường.
8	Dùng bàn tay trái ấn nhẹ vùng bụng dưới để đẩy đáy tử cung xuống dưới giúp sản dịch chảy ra ngoài.
9	Dùng nước ấm và bông rửa vùng âm hộ, tầng sinh môn cho sạch các dịch tiết.
10	Dùng kèm kẹp bông có dung dịch sát khuẩn sát khuẩn từ trên xuống mu xuống - Sát khuẩn môi lớn từ trên xuống dưới. - Dùng tay trái tách 2 môi lớn để lau phía trong 2 môi bé. - Lau sạch lỗ âm đạo và vùng đáy chậu.
11	Kiểm tra vết khâu tầng sinh môn (nếu có).
12	Lau khô
13	Đóng băng vệ sinh sạch, cuộn tấm nilon, mặc quần cho sản phụ
14	Thu dọn dụng cụ
V	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN - Đánh giá tình trạng chung của sản phụ.

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	<ul style="list-style-type: none"> - Tính chất, mùi, màu sắc, số lượng sản dịch. - Báo cáo bác sỹ nếu thấy bất thường. - Họ tên người thực hiện
VI	<p>HƯỚNG DẪN SẢN PHỤ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vệ sinh vùng sinh dục mỗi khi tiểu tiện. - Băng vệ sinh đóng không quá 6 giờ. - Nếu thấy dấu hiệu bất thường như ra máu tươi, số lượng nhiều, đau nhiều vùng bụng dưới... cần báo ngay cho nhân viên y tế.

QUY TRÌNH ĐO CTG (Máy BT 300)*(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)*

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Đo CTG (Cardio Toco Graphy) nhằm mục đích: Đánh giá sức khỏe thai nhi, phát hiện tình trạng suy thai sớm, phát hiện sớm các bất thường về con go nhằm giúp thầy thuốc có hướng xử trí kịp thời, đúng đắn, bảo đảm an toàn cho mẹ và con
II	CHỈ ĐỊNH Tất cả các sản phụ nhập viện chuyển dạ sinh (trừ các trường hợp sản phụ nhập viện cấp cứu)
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: BS, Nữ hộ sinh
2	Sản phụ: Giải thích cho sản phụ biết việc sắp làm và hướng dẫn những điều cần thiết.
3	Dụng cụ: máy monitoring sản khoa
4	Hồ sơ bệnh án
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Cho sản phụ nằm lên bàn, tư thế thoải mái
2	Cắm phích điện vào nguồn điện, bật công tắc nguồn (nút màu đen phía sau máy)
3	Cho 1 ít gel lên đầu dò tim thai (ký hiệu DOP), tìm đúng vị trí tim thai (nhịp tim nghe rõ và ổn định), dùng dây đai để cố định đầu dò
4	Điều chỉnh âm thanh vừa đủ nghe (bằng nút mũi tên lên, xuống) và tiếp tục đặt đầu dò thứ 2 (nếu đo song thai)
5	Tiếp tục đặt đầu dò con go tử cung (ký hiệu UC) lên đáy tử cung, dùng dây đai để cố định đầu dò.
6	Nhấn nút tròn màu trắng dưới màn hình UC để con go trở về “0”
7	Nhấn nút mở/tắt chuông (nút màu cam bên tay phải) để mở/tắt chuông báo động (báo khi nhịp tim thai nằm ngoài vùng chỉ định)
8	Nhấn nút lệnh in (màu xanh bên tay phải) để chạy giấy in trong vòng 30 phút hoặc theo chỉ định
9	Kết thúc đo: tắt công tắc nguồn, lấy đầu dò khỏi thai phụ, xé giấy in ra khỏi máy và dán vào hồ sơ bệnh án.
V	THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
1	Xác định đúng ổ tim thai để đặt đầu dò đúng vị trí
2	Thời gian đo CTG là 30 phút

QUY TRÌNH TẮM CHO TRẺ SƠ SINH*(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)*

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Tắm cho trẻ sơ sinh là một chăm sóc cần thiết giúp làm sạch da và phòng chống các bệnh lý về da vốn rất hay gặp trong giai đoạn sơ sinh
II	CHỈ ĐỊNH Trẻ sơ sinh có sức khỏe ổn định, sau đẻ 6 giờ
III	CHỐNG CHỈ ĐỊNH - Trẻ dưới 6 giờ đầu sau đẻ - Trẻ mắc bệnh nặng đang cần bất động, chăm sóc tại chỗ
IV	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: Hộ sinh, điều dưỡng
2	Trẻ sơ sinh: tình trạng ổn định, tắm trước bữa bú.
3	Phương tiện: - Phòng tắm: ấm, đảm bảo nhiệt độ phòng từ 28 – 30 độ C, kín, không có gió lùa. - 2 thau đựng nước tắm - Nước tắm: dùng nước sạch, nhiệt độ thích hợp là 37 độ C. - Xà phòng (sữa tắm) dành cho trẻ sơ sinh - 2 khăn tắm to, 2 khăn tay nhỏ bằng vải mềm. - Mũ, bao tay, bao chân, tã, khăn quấn trẻ.
4	Hồ sơ bệnh án
V	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Đeo khẩu trang, rửa tay, chuẩn bị dụng cụ, (chú ý kiểm tra độ ấm của nước), phòng kín gió.
2	Trải khăn lông lên bàn, đặt trẻ nằm trên khăn, cởi mũ, khăn quấn cho trẻ.
3	Bé trẻ trên tay đúng tư thế: cánh tay đỡ lưng, bàn tay đỡ đầu.
4	Rửa mặt theo thứ tự: mắt, mũi, miệng, tai
5	Gội đầu: cho nước ướt tóc, xoa xà phòng và gội sạch đầu, lau khô đầu, đội mũ.
6	Cởi áo trẻ, tắm cổ, nách, chi trên, ngực, bụng, lưng và không được để nước vào rốn.
7	Lau khô, mặc áo trẻ
8	Đổi tư thế trẻ: tắm 2 chi dưới, mông và bộ phận sinh dục, lau khô.
9	Quan sát tình trạng rốn trẻ.
10	Mặc áo - quần tã – quần khăn
11	Bàn giao trẻ cho mẹ
12	Thu dọn dụng cụ, ghi vào phiếu chăm sóc

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
VI	THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
1	Theo dõi tình trạng toàn thân để phát hiện sớm những trường hợp trẻ bị hạ thân nhiệt
2	Cần kiểm tra nhiệt độ nước trước khi tắm tránh bỏng da trẻ
3	Phòng tắm phải ấm, kín gió, tắm nhanh, thời gian một lần tắm không quá 10 phút
4	Cho trẻ bú mẹ sau khi hoàn thành việc tắm

QUY TRÌNH KỸ THUẬT BẮM ỒI

(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Bấm ối là một thủ thuật được làm trong quá trình chuyển dạ đẻ, khi cổ tử cung đã xóa mở, mục đích làm vỡ màng ối chủ động để nước ối thoát ra ngoài.
II	CHỈ ĐỊNH - Màng ối dày, cổ tử cung không tiến triển. - Gây đẻ chỉ huy hay làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm hoặc đẻ thai thứ hai trong đẻ sinh đôi. - Rau bám bên, bám mép chảy máu. - Bấm ối cho nước ối chảy ra từ từ trong trường hợp đa ối. - Bấm ối khi cổ tử cung mở hết. - Một số bệnh lý của người mẹ cần bấm ối để rút ngắn chuyển dạ, như bệnh tim, tiền sản giật nặng khi cổ tử cung đã mở từ 4 cm trở lên.
III	CHỐNG CHỈ ĐỊNH - Chưa chuyển dạ thực sự. - Sa dây rốn trong bọc ối. - Cổ tử cung chưa mở hết trong ngôi mông, ngôi mặt, ngôi vai.
IV	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: hộ sinh, điều dưỡng.
2	- Sản phụ: nằm trên bàn đẻ, tư thế sản khoa, thở đều, không rặn.
3	Phương tiện: một kim dài 15 – 20 cm đầu tù có nòng hoặc 1 cành của kẹp Kocher có răng
4	Hồ sơ bệnh án
V	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Rửa sạch âm hộ bằng nước vô khuẩn.
2	Đeo găng vô khuẩn.
3	Trước khi bấm ối, kiểm tra lại xem có sa dây rốn trong bọc ối không.
4	Trong ngôi đầu, đầu ối dẹt thì nên bấm trong cơn co tử cung, đầu ối phồng bấm ngoài cơn co.
5	Đối với ngôi mông, nên bấm ối ngoài cơn co tử cung chỉ khi cổ tử cung mở hết, cho nước ối chảy ra từ từ rồi mới xé rộng màng ối.
6	Đối với ngôi vai (thai thứ 2) khi có chỉ định và đủ điều kiện để nội xoay thai thì chọc đầu ối, đưa được cả bàn tay vào buồng tử cung và nắm lấy chân thai nhi làm nội xoay. Vì vậy, sau khi chọc ối và xé màng ối, phải đưa ngay cả bàn tay vào buồng tử cung, vừa tìm chân thai nhi vừa ngăn không cho nước ối chảy ồ ạt ra ngoài.
7	Nếu bấm ối trong rau tiền đạo bám thấp, bám mép, sau khi chọc đầu ối, xé rộng màng ối song song với bờ bánh rau, tránh xé vào bánh rau gây

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
	chảy máu.
8	<p>Nếu bấm ối trong đa ối cần để sản phụ nằm đầu thấp, hông hơi cao. Dùng phương pháp tia ối, nghĩa là dùng kim chọc một lỗ nhỏ, chọc ngoài con co tử cung, để cho nước ối chảy từ từ, khi nước ối chảy gần hết mới xé rộng màng ối. Trong trường hợp này nếu để nước ối chảy ào ra ngoài, dễ gây bong rau và sa dây rốn hoặc ngôi có thể trở thành bất thường.</p>
VI	<p>THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sau khi bấm ối phải kiểm tra lại xem có sa dây rốn hay không và ngôi thai có thay đổi gì không để có hướng xử lý kịp thời. Sau cùng nghe lại tim thai, rồi nhận định màu sắc và lượng nước ối. - Nếu sau khi bấm ối bị sa dây rốn, phải cho sản phụ nằm tư thế đầu gối - ngực (đầu thấp, hông cao), dùng 2 ngón tay đẩy ngôi thai lên tránh đè vào dây rốn và phẫu thuật lấy thai ngay. Nếu chảy máu sau bấm ối hay nước ối bất thường (có máu hoặc lẫn phân su) phải tìm nguyên nhân để xử lý kịp thời.

QUY TRÌNH ĐO ĐIỆN TÂM ĐỒ*(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)*

STT	NỘI DUNG QUY TRÌNH
I	ĐẠI CƯƠNG Đo điện tâm đồ là ghi lại hình ảnh hoạt động điện học của tim nhằm giúp cho công tác chẩn đoán và điều trị bệnh có hiệu quả
II	CHỈ ĐỊNH - Các bệnh lý về tim - Các rối loạn dẫn truyền - Một số bệnh lý khi có chỉ định của điều trị
III	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: Điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên
2	Người bệnh: - Giải thích về cách tiến hành kỹ thuật - Tháo bỏ những vật dụng có thể gây nhiễu dòng điện: đồng hồ, điện thoại,... - Để người bệnh nằm yên tĩnh
3	Phương tiện: - Máy đo điện tim - Hệ thống dây tiếp đất - Các chất dẫn điện(paste) hoặc nước muối sinh lí 0.9% - Gạc hoặc khăn để lau bản trên da trước khi gắn điện cực và lau chất dẫn điện sau khi ghi
4	Hồ sơ bệnh án hoặc phiếu chỉ định đo điện tim đồ.
IV	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Bọc lộ vùng ngực 2 bên, dùng gạc hoặc khăn lau da người bệnh và bôi chất dẫn điện lên vị trí đặt điện cực.
2	Đặt điện cực: - V1: khoảng liên sườn 4 bên phải, sát bờ xương ức. - V2: Khoảng liên sườn 4 bên trái, sát bờ xương ức. - V3: Điểm giữa thẳng nối V2 và V4. - V4: Giao điểm của đường dọc đi qua điểm giữa xương đòn trái với đường ngang đi qua mỏm tim. - V5: Giao điểm của đường nách trước với đường đi ngang qua V4. - V6: giao điểm của đường nách giữa với đường ngang đi qua V4, V5.
3	Bật máy, tiến hành đo.
4	Tắt máy, tháo các điện cực.
5	Lau sạch chất dẫn điện, mặc áo lại cho người bệnh(đưa người bệnh về giường nếu làm tại phòng đo điện tim).

V	ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO - Tình trạng người bệnh sau khi đo điện tim. - Ngày, giờ đo điện tim đồ. - Trình kết quả đo điện tim cho người ra y lệnh.
VI	HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH Tuân thủ theo chỉ định và hướng dẫn của nhân viên đo điện tim.

8	Thay đổi tư thế trẻ 2 – 4 giờ 1 lần để ánh sáng chiếu được lên khắp cơ thể trẻ
9	Thời gian chiếu đèn theo y lệnh của BS
VI	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI, XỬ TRÍ TAI BIẾN - Theo dõi: Tinh thần kinh, màu sắc da, nhịp thở, nhiệt độ, phản xạ, vận động, cân nặng, màu sắc phân, nước tiểu, Bilirubin máu. - Mất nước qua da: tăng lượng dịch vào cơ thể bằng đường ăn hoặc truyền 10- 20% nhu cầu. - Rối loạn tiêu hoá do tăng lượng muối mật và bilirubin gián tiếp đường tiêu hoá: không nguy hiểm và sẽ hết khi ngừng điều trị. - Tổn thương võng mạc: bảo vệ mắt bằng băng che mắt. - Hồng ban do tăng lượng máu tới da: tạm ngừng chiếu.
VII	HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH - Bà mẹ có thể đưa trẻ ra ngoài và cho trẻ bú mẹ trong thời gian chiếu đèn - Nếu trẻ có dấu hiệu bất thường như: khó thở, tím tái, co giật ...thì báo ngay cho nhân viên y tế.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT KIM LUÒN TĨNH MẠCH NGOẠI BIÊN CHO TRẺ EM

(Ban hành kèm theo quyết định số /QĐ-YTKVKS ngày tháng 9 năm 2025)

STT	NỘI DUNG
I	<p>ĐẠI CƯƠNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kỹ thuật tiêm, truyền tĩnh mạch được thực hiện bằng kim luồn ngoại vi là phương pháp tiêm, truyền tĩnh mạch sử dụng loại kim làm bằng ống nhựa mềm luồn vào trong lòng mạch. - Đặt kim luồn là thủ thuật thường quy của người điều dưỡng, nhưng mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh và làm giảm tải công việc cho người điều dưỡng.
II	<p>CHỈ ĐỊNH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trẻ có dấu hiệu nguy hiểm. - Tiêm thuốc liên tục hoặc ngắt quãng. - Truyền dịch, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch. - Truyền máu và các chế phẩm của máu. - Lấy máu xét nghiệm.
III	<p>CHỐNG CHỈ ĐỊNH</p> <p>1 Tuyệt đối</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vùng da nhiễm trùng. - Vùng da hoại tử. - Có tổn thương mạch máu phía trên nơi dự định đặt kim. <p>2 Tương đối</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nguy cơ chảy máu. - Đoạn cuối chi bị liệt. - Chỗ phù nề.
IV	CHUẨN BỊ
1	Người thực hiện: Điều dưỡng/ hộ sinh
2	<p>Người bệnh:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thông báo về thủ thuật sắp làm cho người bệnh và gia đình người bệnh. - Nhận định tình trạng người bệnh. - Hỏi về tiền sử liên quan đến dị ứng thuốc và các chất khác.
3	<p>Phương tiện:</p> <p>a Dụng cụ vô khuẩn:</p> <p>Kim luồn các cỡ phù hợp, chạc 3(nếu cần), bơm tiêm các loại, hộp đựng bông cồn.</p> <p>b Dụng cụ sạch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hộp chống sốc. - Găng sạch, băng dính, kéo

c	- Dây garô, nẹp cố định, gạc làm ấm vùng ven (nếu cần). Dụng cụ khác: Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo quy định.
d	Thuốc, dịch, Nước muối sinh lý 0.9%
4	Hồ sơ bệnh án, phiếu cam kết thủ thuật.
V	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.
2	Kiểm tra tình trạng người bệnh.
3	Điều dưỡng rửa tay, sát khuẩn tay.
4	Thực hiện 5 đúng
5	Lấy nước muối sinh lý 0.9%, đuổi khí.
6	Xác định vị trí đặt kim luồn
7	Garô, làm ấm vùng tĩnh mạch dự định đặt kim, đi gang sạch
8	Sát khuẩn vùng tiêm từ trong ra ngoài.
9	Đưa kim luồn vào tĩnh mạch
10	Tháo garô, nối kim luồn với ba chạc(nếu cần), bơm nước muối sinh lý, đặt nắp kim luồn, cố định kim luồn.
11	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ bệnh án.
VI	ĐÁNH GIÁ, THEO DÕI, XỬ TRÍ TAI BIẾN
1	Tai biến sớm: - Tụ máu: Đó là kết quả của việc làm vỡ mạch máu trong quá trình đưa kim vào và rút kim ra. - Chệch ven: Đưa kim luồn vào tổ chức mô, không vào đúng mạch máu. - Tắc mạch: Do khí, cục máu đông, mảnh đứt của kim luồn xâm nhập vào mạch máu. - Tai biến trong quá trình đặt kim luồn: Đặt nhầm vào động mạch gây co mạch và có thể gây hoại tử tế bào. - Bỏng: Do dùng gạc làm ấm vùng dự định đặt kim trước khi tiến hành quy trình, hoặc do sử dụng cồn Iode, dung dịch sát khuẩn khác, sát khuẩn không đúng kỹ thuật.
2	Tai biến muộn: - Viêm tại chỗ ,viêm tĩnh mạch: có thể do kích thích , do thuốc, hóa chất. - Nhiễm trùng: Do không tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn khi thực hiện quy trình kỹ thuật. - Thiếu máu cục bộ, hoại tử vùng thấp hơn của cơ thể do cố định không đúng.
3.	Xử trí Rút kim ra lấy lại vị trí khác nếu tụ máu, chệch ven tắc mạch, đặt nhầm động mạch,bỏng.